Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
870	2024-12-19 15:35:20	Paciente
870	2024-12-19 15:35:20	Paciente
873	2024-12-19 16:27:08	Paciente
873	2024-12-19 16:27:08	Paciente

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
870	- § 1º A copar□cipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.	Exclusão
870	- § 1º A copar□cipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.	Inclusão
873	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão
873	- § 1º A Carta de que trata o caput deste ar□go é um documento padronizado pela ANS, que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento da assinatura do contrato, e deverá conter: I - a identificação e assinatura do beneficiário ou seu representante legal, e data da ciência; e II - a iden□ficação, o nº do CPF e a assinatura do intermediário entre a operadora e o beneficiário, responsável pela venda do plano privado de assistência à saúde e que presenciou o preenchimento da Declaração de Saúde.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
870	
870	A co-participação deverá ser limitada at[e 30% do valor da mensalidade, que deverá custar no máximo, 70% do valor da mensalidade do Plano sem Co-parti de acordo com as tabelas de venda vigentes em Dezembro de 2024. Atualmente, tenho 56 anos e um plano que prevê 50% de co-participação, pelo qual eu pago R$ 833,00 mensais. Na época do contrato, o plano sem c participação custava R$ 1.190,00. O valor que pago corresponde a 70% do valor. Se minha co-participação é de 50%, deveria custar 50% do valor, que se 595,00. São valores absurdos para os planos individuais, quando a Operadora comercializa esse tipo de plano. A maioria delas, atende apenas cliente empresariais.
873	
873	As Operadoras de Saúde exigem que o usuário preencha a Declaração de Saúde e passem pela avaliação de um médico. Fui avaliada por uma enfermeir acessou exames antigos meus feitos pela Operadora. Na declaração, eu tinha que declarar que concordava com as exclusões (20 exclusões de cobertur acordo com a avaliação feita pelo médico. A entrevista foi feita on-line. Esse é um dos grandes perigos das vendas on-line. Ela perguntou se eu tinha a pá caída, eu disse que sim, pois tenho 56 anos. Entre os CIDs excluídos, estava Ptóse Pálbral dos dois olhos. A consulta deverá ser feita exclusivamente por médico e se for feita por enfermeira ou outro profissional de saúde, a Operadora tem que ser multada. S reincidente, as vendas deverão ser suspensas por até 1 ano, dependendo da gravidade. A alteração da Declaração de Saúde, preenchida pelo cliente é cri falsificação.

Protocolo	Justificativa
870	Exclusão da cobrança da co-participação nas internações: Eu tenho 56 anos e tenho um Plano de Saúde Individual, pelo qual eu pago R$ 833,00 mensais 50% dos valores dos procedimentos, a título de co-participação. Em outubro, tive Dengue Hemorrágica e fui internada durante dois dias. Em Janeiro, começarei a pagar a co-participação, mas já recebi o boleto. Pagarei os seguintes valores a título de co-participação: R$ 100,00 - Primeira consulta realizada no Pronto Atendimento R$ 100,00 - Consulta realizada no hospital, no momento da internação. R$ 113,00 - Valor da co-participação sobre a internação. R$ 5,95 - Hemograma Total: R$ 318,95 - Corresponde a 38,28% da mensalidade. Para que eu pago R$ 833,00 mensais?
870	A co-participação deverá ser limitada at[e 30% do valor da mensalidade, que deverá custar no máximo, 70% do valor da mensalidade do Plano sem Co-participação, de acordo com as tabelas de venda vigentes em Dezembro de 2024. Atualmente, tenho 56 anos e um plano que prevê 50% de co-participação, pelo qual eu pago R$ 833,00 mensais. Na época do contrato, o plano sem co-participação custava R$ 1.190,00. O valor que pago corresponde a 70% do valor. Se minha co-participação é de 50%, deveria custar 50% do valor, que ser R$ 595,00. São valores absurdos para os planos individuais, quando a Operadora comercializa esse tipo de plano. A maioria delas, atende apenas cliente empresariais.
873	Jamais, principalmente no caso das Operadoras de Saúde que optaram pela verticalização. Há controle da perícia e qualidade dos serviços prestados? Ha controle da qualidade dos equipamentos? Como é regulado o encaminhamaneto para especialistas? O que vemos é que essas Operadoras fazem contratos com prestadores que aceitam receber um valor menor para realizar procedimentos e muitos dos loc e profissionais não são exatamente conhecidos pela qualidade dos serviços prestados. Se não há como controlar e garantir o melhor pelo valor exorbitante c os usuários pagam, não há motivo para cercear seu direito em procurar outro profissional. Além disso, quando um paciente procura um profissional fora d quadro da Operadora, geralmente ele já leva exames. O usuário tem direito a procurar uma segunda opinião e se for preciso fazer exames, é melhor que a própria Operadora pague, antes de ser processada p negligência e imperícia.
873	As Operadoras de Saúde exigem que o usuário preencha a Declaração de Saúde e passem pela avaliação de um médico. Fui avaliada por uma enfermeir que acessou exames antigos meus feitos pela Operadora. Na declaração, eu tinha que declarar que concordava com as exclusões (20 exclusões de cobertu de acordo com a avaliação feita pelo médico. A entrevista foi feita on-line. Esse é um dos grandes perigos das vendas on-line. Ela perguntou se eu tinha a pálbebra caída, eu disse que sim, pois tenho 56 anos. Entre os CIDs excluídos, estava Ptóse Pálbral dos dois olhos. A consulta deverá ser feita exclusivamente por médico e se for feita por enfermeira ou outro profissional de saúde, a Operadora tem que ser multada. Se reincidente, as vendas deverão ser suspensas por até 1 ano, dependendo da gravidade. A alteração da Declaração de Saúde, preenchida pelo cliente é crir de falsificação e deverá ser punido de acordo com a legislação penal vigente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
873	2024-12-19 16:27:08	Paciente
875	2024-12-19 16:41:34	Outro
974	2024-12-28 11:50:09	Outro
1024	2024-12-31 16:26:29	Paciente
3203	2025-01-17 17:58:44	Profissional de saúde
3203	2025-01-17 17:58:44	Profissional de saúde

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
873	- § 1º A solicitação de autorização para reajuste poderá ser enviada à ANS a par□r do mês de março imediatamente anterior ao período a que se refere à solicitação.	Alteração
875	- § 3º Considera-se procedimento realizado em regime de internação todo aquele que resulta em uma internação do beneficiário, inclusive os atendimentos realizados em regime de hospital-dia, desde que para realização de procedimento previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANS como de cobertura obrigatória para a segmentação hospitalar.	Exclusão
974	- § 1º A solicitação de autorização para reajuste poderá ser enviada à ANS a par□r do mês de março imediatamente anterior ao período a que se refere à solicitação.	Inclusão
1024	- § 3º Os contratos que contenham cláusulas que u□lizem o índice de reajuste divulgado pela ANS, mas que possuam alterna□va que o subs□tua, deverão ser man□dos, e seus reajustes calculados com base na alternativa dada pelas cláusulas vigentes, observados os incisos do § 2º deste artigo.	Inclusão
3203	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
3203	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
873	A solicitação de reajuste deverá ser acompanhada por comprovante de reajuste dos serviços médicos. É público e notório que as Operadoras utilizam vá subterfúgios para não cmprirem suas obrigações previstas nas leis 13.003/04 e 9.658/96. Entre os subterfúgios adotados e que a ANS tem ampla ciência, - Reajuste apenas no valor das consultas, sem reajustar honorários de exames e terapias SP/ SADT e honorários médicos. - Reajuste dos valores das consultas, SP/ SADT e honorários médicos apenas para algumas carteiras de clientes. - Índice previso em contrato como percentual do IPCA, o que só gera rejuste quando o índice for superior a 4,85% e mesmo assim, de pouco mais do que ce Essa cláusula na verdade, é nula e a ANS sabe disso e nunca tomou nenhuma medida administrativa contra as operadoras. - Uso da quantidade de CHs previsto na Tabela AMB para todos procedimentos, usando código TUSS. - Laboratórios: Os valores pagos são tão baixos e tão defasados, que muitos funcionam apenas como coletores de sangue, enviando o material para gra laboratórios que registram altos índices de reclamação no site Reclame Aqui, pela qualidade dos serviços prestados e prazo para entrega de resultados, qu chegar a 40 dias. - Descredenciamento - No caso das internações hospitalares, uso do recurso "Central de Vagas" que direciona o beneficiário para hospitais que negociaram tabelas mais favorável as Operadoras e que coincidentemente, são majoritariamente mantidos pelo SUS. - Glosas que nunca são pagas
875	
974	A solicitação de reajuste deverá está de acordo compatível com índice inflacionário.
1024	sobre mais de um reajuste ano....
3203	V - é permitida a acumulação de índices ...desde que seja necessária para equilíbrio e manutenção dos contratos.
3203	... contratos coletivos empresariais com menos de cem beneficiários para ...

Protocolo	Justificativa
873	A solicitação de reajuste deverá ser acompanhada por comprovante de reajuste dos serviços médicos.
875	Os contratos atuais prevêem cobertura por evento e agora a própria ANS quer limitar a quantidade de dias de internação a 31 dias por ano, consecutivos o não? Isso é um abuso, uma ilegalidade, uma imoralidade. Qual a contra-partida oferecida? O valor das mensalidades tem que ser igual a 30% do valor cobra agora. Outra coisa: Uma REsolução não pode contrariar a lei e com certeza, quem redigiu, aprovou e colocou em vigor será responsabilizado civil e criminalmente.
974	A solicitação de reajuste deverá está de acordo compatível com índice inflacionário.
1024	não concordo pq no meu caso como servidora publica de sp estou a dois anos sem qualquer reajuste no salário e o convênio ainda descredenciaram muitos médicos clínicas hospitais e agora dar a eles poder de reajuste dublo triplo absurdo
3203	Contratos desequilibrados, por correção insuficiente, ficam inviáveis e comprometem sua manutenção e a assistência aos beneficiários.
3203	A aglutinação excessiva de pessoas pode elevar o custo do produto a ponto de inibir a entrada de pessoas saudáveis, que ajudarão a garantir a assistênci dos que utilizam mais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
3203	2025-01-17 17:58:44	Profissional de saúde
56557	2025-01-22 17:06:14	Grupo/associação/ organização de pacientes
158165	2025-01-23 11:38:11	Outro
158657	2025-01-23 11:40:57	Outro
262601	2025-01-24 00:00:44	Interessados no tema

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
3203	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
56557	- § 1º A Carta de que trata o caput deste ar□go é um documento padronizado pela ANS, que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento da assinatura do contrato, e deverá conter: I - a identificação e assinatura do beneficiário ou seu representante legal, e data da ciência; e II - a iden□ficação, o nº do CPF e a assinatura do intermediário entre a operadora e o beneficiário, responsável pela venda do plano privado de assistência à saúde e que presenciou o preenchimento da Declaração de Saúde.	Inclusão
158165	- § 1º A cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde cole□vo por adesão será permi□da a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que: I - o beneficiário tenha se vinculado, na forma do artigo 15 desta resolução, após o transcurso do prazo definido no caput; e II - a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato	Alteração
158657	- V - Termo de Comunicação ao Beneficiário, contendo obrigatoriamente: a) nome do beneficiário constante do processo administrativo; b) doença ou lesão alegada; c) a informação do prazo de, no mínimo, dez dias para manifestação do beneficiário perante a alegação da operadora; VI - comprovante de recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário; VII - documentação comprobatória do conhecimento prévio do beneficiário sobre a DLP, preferencialmente, original ou cópia auten□cada (uma das vias), com a iden□ficação do beneficiário e do emitente;	Inclusão
262601	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
3203	... do beneficiário não poderá ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário ...
56557	A normalização de venda online de planos de saúde poderia abranger pessoas físicas maiores de 18 anos e seus respectivos dependentes, em parceria seguradoras ou bancos digitais, criando maiores oportunidades de acesso a redes de emergência e particular de modo a viabilizar um atendimento factível segmento sem prejuízos ao equilíbrio econômico das operadoras de saúde.
158165	Teste apenas, pode desconsiderar.
158657	Teste
262601	

Protocolo	Justificativa
3203	A opção da coparticipação de 50% permite a prática de uma mensalidade menor. O que é interessante para atrair usuários e manter a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar.
56557	As pessoas físicas foram muito prejudicadas no contexto pós pandemia, e novas e inovadoras alternativas de venda online podem reaquecer o mercado e estimular a competitividade com qualidade.
158165	Apenas um teste.
158657	Teste
262601	Já pagamos valores abusivos, para terdireito a saude. Ajuste anual, virará uma bola de neve.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
289572	2025-01-24 12:54:50	Órgão de defesa do consumidor
304330	2025-01-24 23:54:19	Paciente

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
289572	- Art. 2º Define-se por Revisão Técnica a correção de desequilíbrios constatados nos planos privados de assistência à saúde a que se refere o art. 1º, mediante reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias, mantidas as condições gerais do contrato.	Exclusão
304330	- § 1º A operadora será no□ficada do mo□vo do arquivamento da solicitação de abertura do processo administrativo.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
289572	
304330	

Protocolo	Justificativa
289572	O reajuste por revisão técnica fere o Código de Defesa do Consumidor,, lei principiológica e hierarquicamente superior às Leis (.656/98, e 9961/00, por qu representa alteração unilateral do contrato. Portanto, manifestamente ilegal. Se tal instrumento for aprovado será passível do aumento de judicialização. Cabe salientar que, quando as operadoras de planos de saúde têm lucro, não repassam para seus consumidores, por que quando têm prejuízos querem repassá-lo? Quando ocorre o desequilíbrio econômico-financeiro é, na maioria das vezes, decorrente, de má gestão das operadoras. Desse modo, o BRASILCON é totalmente contrario a proposta do reajuste por revisão técnica, seja para planos individuais familiares,ou coletivos, e solicit sua exclusão.
304330	: "Sou contra a alteração do Capítulo X - Dimensão 2:2.3.1. Essa mudança prejudica o acesso ao diagnóstico precoce dol câncer de mamata O especialmente em mulheres abaixo dos 50 anos, e coloca vidas em risco. A mamografia deve continuar sendo realizada anualmente a partir dos 40 anos."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304472	- Art. 27 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração
304472	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, dis□ntos e escalonados por grupos de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304472	Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste: I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em c que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; (Incluído pela Resolução Normativa XX, de 20XX) III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da c terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à da de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; (Renumerado do inciso II pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade será apurada tomando por base a proporção entre as de assistenciais líquidas de coparticipação e as receitas de contraprestações deduzidas dos tributos diretos, verificados no período de meses vigentes do contra mês de apuração do reajuste definido no inciso I-b deste artigo; (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)
304472	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, distintos e escalonados por de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes, ou por tipo de rede utilizada (se própria, credenciada diretamente ou credenciada indireta

Protocolo	Justificativa
304472	1) Quanto ao índice de sinistralidade, tendo em vista que não existe a nomenclatura receita direta do plano nos demonstrativos contábeis e, para não gera dúvidas sobre a forma de apuração da sinistralidade, sugere-se com esse novo texto melhor detalhar quais são as despesas assistenciais a serem verificad e as receitas de contraprestações com a devida dedução do imposto direto (que atualmente tem previsão no plano de contas da ANS, conta 32). 2) Sobre a acumulação de índice, propôs a exclusão em razão de: Quando da apuração da necessidade de aplicação de um reajuste na mensalidade de um determinado plano, espera-se que ele seja suficiente para equilibr a situação econômico-financeira para os 12 meses futuros. Quando da vedação da aplicação de reajuste por sinistralidade conjugada com um reajuste financeiro (índice de preço), significa que a ANS está pensand somente na necessidade de reparar uma insuficiência passada, mas não está levando em consideração a necessidade de um ajuste para estabelecer o equilíbrio futuro daquele contrato. Melhor explicando, quando da apuração de um reajuste por sinistralidade, estima-se que o perfil de utilização dos beneficiários, observados nos últimos 12 meses, se manterá nos próximos 12 meses, ou seja, estima-se um mesmo padrão de frequência de utilização e custo médio dos procedimentos. Entretanto não inclusão de um índice de preço para prever a inflação nos próximos 12 meses irá ocasionar um reajuste insuficiente ao necessário para cobrir as despes futuras, pois minimamente espera-se que ocorra um aumento na tabela de remuneração dos prestadores de serviços por um índice de preços, o qual está previsto nos contratos entre prestadores e operadoras Observa-se que nesse caso, mesmo com a apuração do índice técnico (Sinistralidade) e financeiro (índice de preço), eventuais incorporações de novos procedimentos ao Rol ainda não estariam abrangidas no reajuste, mudanças de comportamento do perfil de utilização ou reajustes com os prestadores de serviços acima da inflação. Compreendemos o contexto que levou a ANS a essa proposta, decorrente de cláusulas contratuais prevendo o VCMH apurado pelo IESS (que prevê a apuração conjunta da inflação geral, inflação médica – HCCTR - , aumento em função do envelhecimento da população - aging factor - e demais mudanças frequência de utilização), combinado com sinistralidade. Porém, esses casos pontuais não podem ser utilizados para vedar práticas legitimas de acumulaçã de sinistralidade com índices financeiros nos estritos termos admitidos pelo anexo I da IN ANS 28/22. Por esse motivo, deveria ser considerada, inclusive, a inclusão de um índice técnico, além do equilíbrio por sinistralidade e índice de preços, para prever os aumentos reais de despesas esperados para os próximos doze meses de contrato, ou seja, aumento esperado acima do índice de preços já considerado n apuração do cálculo, para não haver acúmulo de mesmas variáveis.
304472	A gestão de custos é extremamente importante para a sustentabilidade de um plano, sendo que esta gestão passa diretamente pela utilização de diferente tipos de rede de atendimento. Nesta perspectiva, o direcionamento financeiro tem sido amplamente utilizado no mercado e tem maior índice de sucesso co menor índice de reclamação de beneficiários que o direcionamento de acesso. Lado outro, importante deixar claro no texto que eventual diferença de valores cobrados em razão das diferenças de remuneração de prestadores, nos cas em que os mecanismos financeiros são previstos em percentual do custo do procedimento, não caracterizam diferenciação dos mecanismos por prestado não havendo ofensa a regulação em vigor. Sugere: “§1º-A Nos casos em que mecanismos financeiros forem estabelecidos em percentual sobre o custo real procedimento, eventual diferença de valores cobrada em decorrência da diferença de remuneração de cada prestador, não se caracterização fixação de mecanismos financeiros diferentes por prestador”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304472	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
304472	- Art. 42. A operadora deverá divulgar até o primeiro dia ú□l do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como iden□ficar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no aplica□vo RPC, e seus respectivos produtos, com número de registro na ANS.	Inclusão
304472	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Alteração
304472	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração
304472	- § 7º O limite previsto no § 2º deste ar□go não se aplica aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento.	Alteração
304472	- § 1º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, a franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go será aferida proporcionalmente, considerando-se o número de meses restantes até o aniversário ou renovação subsequente do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304472	Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em realizados em atendimentos ocorridos em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte: I – (excluir); II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e even realizados.
304472	Art. 42 (...) § 3º O primeiro reajuste do agrupamento de contratos de 1.000 vidas será somente a partir de maio de 2026.
304472	Art. 4º A operadora contemplada com o instituto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.
304472	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa as premissas mínimas a serem consideradas na metodologia de cálculo da Revisão Técnica elaborada pelo bem como o rito processual e a documentação necessária.
304472	§ 7º O limite previsto no § 2º deste artigo não se aplica aos planos de segmentação odontológica.
304472	§ 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrat

Protocolo	Justificativa
304472	A limitação do mecanismo financeiro de regulação para atendimentos em pronto-socorro poderá ocasionar uma migração das consultas eletivas para aquel realizadas no ambiente hospitalar, sobrecarregando os pronto-atendimentos de forma desnecessária. Ou seja, haverá estímulo à utilização de consultas er pronto-socorro, o que é contrário a demais preceitos da própria ANS, inclusive com indicador específico no Indice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e no Mapeamento do Risco Assistencial. Não temos nenhuma objeção em estabelecer um limite monetário para o valor do mecanismo financeiro de regulação no caso da internação. Entretanto, fix tal valor ao limite de exposição financeira mensal poderá incentivar o beneficiário a realizar uma internação desnecessária para realização de procedimento eletivos com o único objetivo de reduzir sua coparticipação. Nessa hipótese, o plano terá um custo assistencial muito mais elevado, como por exemplo o pagamento de diárias e taxas hospitalares, fato que será refletido quando da aplicação do reajuste. Além disso, a regra não traz exceção para as internaçõ de longo prazo. Lado outro, não considera que diferentes beneficiários de um mesmo contrato poderão ter valor de coparticipação para internação diferencia em razão da diferença no valor da mensalidade de cada um, seja pela idade ou outras circunstâncias como as mensalidades fixadas com base salarial.
304472	Faltou a ANS deixar claro quando o novo limite de vidas do pool terá vigência, não sendo ideal ser ainda em 2025, pois ficaria um tempo muito apertado pa essa apuração, dado que ainda não sabemos quando haverá a publicação da resolução alterada e muitas operadoras já apuram seu reajuste em março, pa haver tempo hábil de ajustar o sistema, boletos/faturas de cobrança e preparação do extrato pormenorizado.
304472	Excluir a obrigatoriedade de ser por venda on line prevista no inciso I e deixar que a operadora defina qual será a forma de comercialização .
304472	A parte mais importante da revisão técnica não foi definida pela ANS e a sugestão seria ter uma consulta pública antes da publicação da instrução normativ para maiores discussões. De toda forma, entende-se que a ANS não deva definir a metodologia e sim indicar algumas premissas mínimas, deixando a critério do atuário da operadora melhor decisão técnica do que deverá ser incluído na metodologia a partir da análise da carteira individual, pois cada operadora poderá ter uma situação distinta de desequilíbrio. Além de previsão da obrigatoriedade de ser elaborado por atuário habilitado com registro profissional.
304472	As disposições previstas na Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamen odontológico em regime misto de pagamento, fundamentam a não incidência de limites para os planos odontológicos, sendo portanto a justificativa para a isenção da regra para os planos odontológicos. Porém, retirar essa justificativa da redação, a torna mais clara.
304472	Alteração referente ao §7º, mas como não há item de contribuição para o §7º, foi utilizado outro § para apresentar a contribuição. Sendo assim, sugere-se alteração do §7º, uma vez que a franquia é uma ferramenta que poderá ser utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras pa minimizar os preços propostos, ou seja, a pessoa jurídica contratante e a operadora poderão chegar a um acordo para amenizar os reajustes das contraprestações, através da alteração do valor da franquia.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304472	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração
304472	- Art. 6º No plano privado de assistência à saúde cole□vo empresarial com número de par□cipantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato cole□vo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do ar□go 29 desta resolução será considerada a totalidade de par□cipantes eventualmente já	Alteração
304472	- Art. 53. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de fevereiro de 2023.	Alteração
304472	- Art. 32 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração
304472	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304472	Art. 3º Para que sejam elegíveis ao instituto da Revisão Técnica as operadoras devem atender cumulativamente aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e II - a operadora deve apresentar evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar
304472	Art. 6º. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a mil beneficiários não poderá ser exig cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de vinculação a pessoa jurídica contratante.
304472	Art. 53. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de janeiro de 2026.
304472	Art. 32 (...) § 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagam beneficiário.
304472	Art. 13 (...) Parágrafo único. Fica assegurada a manutenção dos contratos originais celebrados antes da vigência desta norma, com suas respectivas regras. A renova contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que dis sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação por meio de aditivo contratual correspondente.

Protocolo	Justificativa
304472	Excluir o inciso I, pois não seria ideal aplicar a revisão técnica nos planos individuais somente quando verificado o desequilíbrio de toda operadora, pois iss pode fazer com que por diversos anos a carteira coletiva assuma os prejuízos da carteira individual, a qual tem riscos totalmente distintos. Além disso, quan for constatada a insolvência de toda operadora, o percentual de revisão técnica pode estar muito elevada para ser aplicada aos planos individuais.
304472	Mudar a apuração de carência e CPT conforme o limite de vidas do pool de risco, pois a regra de carência influencia no risco do contrato a integrar o pool
304472	Adaptação de sistema ao tema, principalmente pelo levantamento dos dados que comporão o agrupamemento.
304472	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade do mês anterior pode confundir o beneficiário, por poder estar composta de juros, multa coparticipação, dentre outros aspectos sequer de conhecimento da operadora, como ocorre no caso de mensalidades cobradas sobre percentual de salário descontados diretamente pelo empregador.
304472	Dar clareza a manutenção dos contratos celebrados antes da vigência do normativo em respeito ao ato jurídico perfeito.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304472	- Art. 39. O agrupamento de contratos cole□vos de que trata o art. 37 desta Resolução poderá ser desmembrado em até três subagrupamentos, separados pelo □po de cobertura, que é definido de acordo com a segmentação assistencial do plano ao qual o contrato está vinculado, da seguinte forma: I - sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial "ambulatorial" e "ambulatorial + odontológico";	Alteração
304472	- Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - franquia dedu□vel acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja a□ngido o valor previsto no contrato Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 5 como franquia; e II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, n	Inclusão
304472	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304472	Art. 39. Os dois agrupamentos de contratos coletivos de que trata o art. 37 desta Resolução poderá ser desmembrado em subagrupamentos e suas combir da seguinte forma : (...) IV – Planos com e sem Atenção Primária à Saúde; V – Planos com e sem previsão de fator moderador financeiro. § 1º Caso a operadora de planos privados de assistência à saúde opte pelo desmembramento, poderá ocorrer a aplicação de percentuais de reajuste difer dentro do mesmo contrato coletivo, de acordo com o número de subagrupamentos e suas combinações . § 2º A quantidade de percentuais de reajuste diferentes aplicados com base no § 1º deste artigo deverá guardar relação com a quantidade de subagrupam suas combinações, que deverá estar expressamente estabelecida no contrato coletivo, e sua alteração somente poderá ocorrer mediante aditamento dos c
304472	Art. 10-A A fixação de franquia limitada por acesso, não impede a fixação de coparticipação, desde que relativo a procedimentos ou tipo de rede distinto observados os limites impostos neste normativo.
304472	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores base de remuneração praticados entre a operadora de pla privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, ainda que existam remunerações distintas em face das negociaçõ individuais com cada prestador.

Protocolo	Justificativa
304472	Alteração do art. 39 para inclusão do subgrupo “Com e Sem Atenção Primária à Saúde”: Considerando que os custos assistenciais vêm apresentando um crescimento real significativo nos últimos anos, e esse crescimento tende a ser continuado em função do desenvolvimento de novos tratamentos e novas tecnologias, uma das principais formas de tentar reduzir esse crescimento dos custos assistenciais, e manter um plano de saúde mais acessível aos beneficiários é a instituição de planos com Atenção Primária à Saúde – APS. A ANS inclusive busca incentivar as OPS na criação desses planos, por exemplo, por meio da instituição de pontuação base na dimensão “Qualidade em Atenção à Saúde”, no Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar – IDSS. Espera-se que o comportamento dos custos assistenciais desses planos seja diferente dos demais planos que não possuem APS, e, por consequência, os seus reajustes sejam menores. A inclusão desses planos no agrupamento do contrato irá contra todos os esforços da OPS e da própria ANS, uma vez que os reajustes serão contaminado pelo crescimento dos demais planos. Para inclusão do subgrupo “Com e Sem Fator Moderador Financeiro”: É sabido que planos sem fator moderador financeiro possuem frequência de utilizaçã muito superior aos planos que possuem esse mecanismo. Tal impacto era pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contrato com até mil vidas a apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos com previsão de coparticipação/franquia, qu em regra geral, apresentam reajustes inferiores.
304472	Respeitar as realidades já existentes no mercado de planos que utilizam concomitantemente os dois fatores de moderação, ainda que adequados ao novo formato regulado.
304472	Considerando que a remuneração de cada prestador é definida mediante negociação específica com o respectivo prestador, não havendo uma tabela única remuneração, apenas uma tabela base utilizada para início das negociações.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304472	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Exclusão
304472	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Exclusão
304472	- Art. 23 da RN ANS nº 557, de 2022:	Alteração
304472	- § 5º O reajuste previsto no parágrafo anterior deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses e não poderá ser aplicado quando inexis□r previsão contratual em relação aos seus critérios de aferição e aplicação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304472	
304472	
304472	Art. 23 (...) §1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante, de inadimplência, fraude e demais casos de rescisão motivada, o contrato de plano de assistê saúde coletivos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao con respeitando o prazo de notificação prévia contratualmente previsto.
304472	§ 5º O reajuste dos mecanismos financeiros de regulação deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses.

Protocolo	Justificativa
304472	Não há um índice único negociado com os prestadores que permita a adoção dessa regra. Lado outro, este normativo já dispõe no inciso IV, do art. 6º, que critérios de reajuste dos mecanismos financeiros devem estar previstos no contrato do plano, deixando claro se tratar de uma condição comercial que deve ficar a cargo das Operadoras estabelecerem as regras deste reajuste, o que conflita com esta disposição. As operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociação junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índice global de aplicação. Além disso, a coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusive, essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidade mais acessíveis, o que hoje é admitido na regulamentação, inclusive com previsão no RPC. Dessa forma, limitar o reajuste da coparticipação ao índice aplicado junto aos prestadores de serviço, principalmente nas negociações de contratos coletivo com empregadores, irá trazer um impacto negativo para o reajuste dos beneficiários pelos fatos mencionados anteriormente.
304472	Essa regra desestimula a adoção de direcionamento de atendimento, sem nenhum AIR que indique ser necessário esse impedimento.
304472	Alteração do §1º. Fraudes e outros fatos ensejadores de rescisão motivada tb devem permitir o rompimento em prazos diversos. Além disso, a intenção da ANS é regular o momento da rescisão, mas não impedir a rescisão imotivada. Contudo, o trecho final, que determina apresentar a "razões" da rescisão pode causar confusão quanto à prerrogativa. Importante ainda excluir o prazo para atender ao comando da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01, que na época revogou o paragem único d art 17 da RN 195, que possui mesmo conteúdo do atual art 23.
304472	Manutenção da previsão do reajuste a cada 12 meses, entretanto, sem a necessidade de indicação dos critérios para aferição, tendo em vista, que as operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociaç junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índ global de aplicação. A coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusi essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidades mais acessíveis. Dessa forma, a definição de um critério único impossibilitará da realização de negociações entre as partes em períodos específicos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304472	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Exclusão
304472	- Art. 40 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração
304472	- § 2º Para indicação do prestador de serviços de saúde, conforme previsto no caput e no § 1º deste ar□go, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá observar o norma□vo específico que dispõe sobre a garan□a de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximos para atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos listados no Anexo desta norma.	Alteração
304472	- Art. 37 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração
304472	- Art. 38. Ressalvada a hipótese prevista no art. 39, a operadora, após a apuração da quan□dade de beneficiários prevista no art. 40, calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304472	
304472	Art. 40. (...) §5º EXCLUIR
304472	§ 2º Para indicação do prestador de serviços de saúde, conforme previsto no caput e no § 1º deste artigo, a operadora de planos privados de assistência à deverá observar o normativo específico que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximo atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos que serão isentos da cobrança Mecanismos Financeiros de Regulação.
304472	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos por adesão agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais, ambos com menos de mil beneficiários, para o cálculo do percentual de reajuste que aplicado a esses agrupamentos. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)
304472	Art. 38. Ressalvada a hipótese prevista no art. 39, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista no art. 40, calculará um percentu reajuste com todos os seus contratos coletivos por adesão e outro percentual com todos os seus contratos coletivos empresariais, que deverá ser aplicado todo o agrupamento dos seus contratos.

Protocolo	Justificativa
304472	Em análise dos documentos apresentados no AIR, não observou-se embasamento técnico para definição do percentual máximo de 30% pela ANS. Do ponto de vista técnico, entendemos que a limitação do percentual poderia, inclusive, ser maior que os 30%, todavia com limites variados pela complexida dos procedimentos. Observamos que existem OPS com coparticipação de 50% em procedimentos de baixa complexidade, sem números de reclamações registradas na ANS (NIP's). A definição de um percentual máximo de coparticipação é recomendável. Todavia, é necessário deixar claro que: reduzir a coparticipação implicará, obrigatoriamente, o aumento da mensalidade dos planos. A coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusi essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidades mais acessíveis. O AIR, além de não ter trazido parâmetros para 30%, pulou uma etapa importante do processo de debate do tema ocasionado pela Câmara Técnica de 201 cuja conclusão foi pelo percentual de 50%, alinhado, inclusive, com as recentes decisões do STJ sobre a matéria (Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, 2022/0133339-5).
304472	Exclusão do §5º. Conforme a própria ANS menciona em seu AIR, a maioria dos contratos hoje coletivos por adesão, não estão contemplados pelo pool, pois operadoras já negociam um reajuste único no contrato com a administradora, dado que há a mistura de contratantes até 29 vidas e acima de 29 vidas. Assi não faria sentido juntar esse público com os empresariais até mil vidas, devendo manter a redação sem alteração. Caso a ANS queira manter a alteração, m uma vez sugerimos que exista o pool de risco de planos coletivos por adesão e um outro para os empresariais até mil vidas, pois os riscos são bem distinto
304472	Adequar o texto considerando que a regulamentação permite a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação que não estão contemplados no anexo desta resolução. Ademais a adequação visa o alinhamento com a proposta de exclusão do caput atual do art. 3º, considerando que a ANS reconhece no AI do tema que "(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimentos específicos".
304472	O perfil de utilização dos beneficiários observado em contratos coletivos empresariais e coletivos por adesão são significativamente diferentes. Tal impacto e pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contratos com até mil vida apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos coletivos empresariais, que, em regra geral, apresentam reajuste inferiores.
304472	O perfil de utilização dos beneficiários observado em contratos coletivos empresariais e coletivos por adesão são significativamente diferentes. Tal impacto e pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contratos com até mil vida apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos coletivos empresariais, que, em regra geral, apresentam reajuste inferiores , como pode ser visto no próprio painel dinâmico de reajuste de coletivos da ANS.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304472	- § 1º Nos casos do inciso I do caput deste ar□go, poderão ser cobrados valores dis□ntos a depender da complexidade do atendimento realizado, bem como do atendimento realizado por médico generalista daquele atendimento realizado por médico especialista, conforme previsto em contrato.	Exclusão
304472	- Art. 48. As autorizações de reajuste de planos individuais ou familiares regulamentados, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, expedidas na vigência da Resolução Norma□va nº 171, de 29 de abril de 2008, permanecem em vigor até o final do período mencionado nos respectivos ofícios autorizativos. Art. 49. Os contratos cole□vos empresariais ou por adesão, firmados antes de 24 de outubro de 2012 e que não tenham sido aditados para adequação de suas cláusulas à metodologia do agrupamento de contratos para fins de cálculo e aplicação de reajuste anual por variação de custo, não poderão receber novos beneficiários, à exceção de novo cônjuge e filhos do titular.	Alteração
304472	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304472	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
304472	- Art. 33 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304472	
304472	Art. 49 (...) § 1º Os contratos atualmente previstos com pool de risco até 29 beneficiários passam a ser considerados integrantes do novo pool de que trata essa Resc independente de aditamento contratual.
304472	
304472	
304472	Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as cober adicionais contratadas em separado, multa e juros.

Protocolo	Justificativa
304472	Com a proposta de excluir o inciso I, esse parágrafo torna-se sem efeito.
304472	Alteração do art. 49. Como não há item de contribuição para o art. 49 na CP 145, utilizou-se o item de contribuição do art. 48, mas a alteração seria para o a 49. Justificativa: faltou a ANS definir como ficará a transição do 29 para 1.000 vidas em termos práticos.
304472	Conforme AIR do tema elaborado pela ANS "(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimento específicos." Essa afirmativa é relevante uma vez que, embora a coparticipação seja instituto amplamente utilizado em diversos países, não se identifica um lista de isenção, o que corrobora o entendimento de que a cobrança de coparticipação, mesmo em procedimentos considerados necessários, não descaracteriza o conceito de risco moral. Além disso, no caso brasileiro, é bastante comum planos empresariais no qual o empregador arca com o valor da mensalidade e o empregado com a coparticipação, quando da utilização, não tendo esse caso a limitação ao conceito de risco moral e sim de copagamento Ademais, embora o AIR tenha mencionado não ter realizado estudo atual sobre o tema e aproveitado o material do Anexo da RN 433, trouxe um formato diverso daquele, combinando com a TUSS, inclusive com procedimentos sequer previstos no rol de procedimentos. Se o procedimento não está no rol por si já é um grande indicativo de que não haveria razões para não exigir coparticipação, podendo até mesmo definir a cobrança da integralidade do procedimen (nos termos da ressalva assegurada pelo art.1°, parágrafo único da Resolução Normativa n° 484, de 2022): "Art. 1º Fica vedada às operadoras de planos de assistência à saúde a operação de sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serer pagos diretamente pelo consumidor ao prestador dos serviços, bem como a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998. Parágrafo único. Não está incluído, na proibição de que trata este artigo, o oferecimento de serviços complementares aos planos definidos na Lei nº 9.656, 1998, desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista." Lado outro, O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS define a cobertura mínima obrigatória a ser assegurada nos planos de saúde regulamentados. Nesse sentido, qualquer procedimento previsto no Rol tem a mesma obrigatoriedade de cobertura dos demais, de forma que essas coberturas não são estabelecidas mediante juízo de valor referente à priorização, necessidade, hierarquia ou privilégio de um procedimento frente a outro. N se apresenta razoável, por conseguinte, criar um critério de diferenciação entre os procedimentos previstos no Rol, apenas com o fim de delimitar aqueles q podem ou não estar sujeitos a incidência de fator financeiro de regulação.
304472	Conforme apontado nas considerações ao caput, é recomendável não ter limites que acabam onerando a mensalidade de todo o setor.
304472	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade cobrada no boleto sem detalhamento de taxa permite o cruzamento de dados pelo fisco para que possa verificar os valores reportados na DMED são compatíveis com as mensalidades (e taxas) cobradas do usuário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304472	- Art. 2º da RN nº 413, de 2016	Alteração
304472	- § 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão copar□cipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304472	É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
304472	

Protocolo	Justificativa
304472	Manter a redação original: “É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.” Ofertar planos de saúde em plataforma digital possui impactos financeiros diretos que não foram apurados no AIR (criação, desenvolvimento, manutenção d plataforma e sistemas), além de impactos operacionais na revisão de fluxos e integração com os parceiros que comercializam esses tipos de produtos. Essa situação é ainda mais gravosa quando não se verifica avaliação por porte, classificação e tipo de atenção, pois certamente os problemas regulatórios s diferentes. A título exemplificativo, o AIR disponível no site sobre o tema vincula a obrigatoriedade da oferta online ao combate à seleção de risco. Ocorre qu na modalidade de planos odontológicos, por exemplo, não há queixas de seleção de risco e tampouco ausência de ofertas de planos individuais. Do mesm modo, as entidades de autogestão concentram o maior número de idosos, também não parecendo fazer sentido falar de seleção de risco. Portanto, sem o avanço do AIR dentro dos parâmetros definidos na RN 548 (porte, classificação e tipos de atenção), sugere-se manter a redação atual no qual é facultativa oferta da venda on-line.
304472	Há necessidade do beneficiário ter acesso às informações sobre os procedimentos que terão coparticipação, porém listá-los individualmente no contrato apenas tornará o documento volumoso, sem benefício ou facilidade de consulta. Além disso, dado que há revisão do rol frequentemente, com incorporação automática nos produtos, a listagem dentro do contrato torna-se obsoleta em pou tempo após a sua celebração, assim, o que seria transparência, acaba não servindo para consulta no dia a dia, além de poder gerar interpretações equivocadas pelo beneficiário/judiciário, tendo em vista que existem alguns procedimentos que possuem o mesmo código TUSS, mas que com uma diretriz coberta pelo rol de procedimentos e por outra diretriz não possui cobertura.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304472	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
304472	- Art. 6º A ANS definirá em Instrução Norma□va como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304472	
304472	Art. 6º A ANS definirá em Instrução Normativa como se dará a aplicação da Revisão Técnica, indicando as informações mínimas que devem constar na I Técnica Atuarial de Revisão Técnica elaborada pelo atuário, em termos de prazos, abrangência da carteira e procedimentos de acompanhamento da car

Protocolo	Justificativa
304472	É sabido que a grande maioria dos planos de assistência à saúde são estabelecidos em função da faixa etária do beneficiário. Dessa forma, quanto menor idade, menor é o valor da mensalidade. Considerando que as últimas atualizações do rol de procedimentos inseriram procedimentos mais onerosos para o beneficiários da primeira faixa etária, o mercado vem observando uma mudança da regra de solidariedade intergeracional que existia, sendo que os custos d beneficiários com idade mais jovens vêm aumentando constantemente, sendo em alguns casos inclusive maior que a mensalidade cobrada. Dessa forma, ao estabelecer um limite de coparticipação único, vinculado ao valor da mensalidade irá distorcer ainda mais a relação custo/custeio para os beneficiários da primeira faixa etária, ou seja, os beneficiários das faixas etárias intermediárias terão que subsidiar ainda mais essa população. Na hipótese de a ANS manter uma regra de limitação de coparticipação por ano, atrelada ao valor da mensalidade, entende-se que os estudos de impacto regulatório devem ser realizados por faixa etária, sendo que o fator multiplicador da mensalidade deve ser maior para as primeiras faixas etárias quando comparado as demais. Um exemplo da necessidade dessa diferenciação são os casos de terapias para os transtornos globais de desenvolvimento, em qu hoje a coparticipação é um mecanismo importante para não ampliar sobremaneira o número de sessões sem comprovação da melhora ao paciente. Importante destacar, ainda, o mutualismo atuarial existente quando do estabelecimento dos mecanismos de regulação financeira e reajuste. Ao inserir uma série de limitações de cobrança de coparticipação/franquia, além das isenções que estão sendo propostas no artigo 3° da minuta de resolução, para reestabelecer o equilíbrio do plano haverá necessidade de repasse desse valor nos reajustes das mensalidades, o que não é desejado. Quando existe maior rigidez nas regras estabelecidas para os mecanismos de regulação financeira, os beneficiários que possuem maior cuidado com sua saúde, e por consequência uma utilização consciente de procedimentos, serão penalizados por meio de pagamentos de mensalidades mais onerosas. Obse que o pleito não se limita a deixar as regras totalmente livres, tornando os mecanismos de regulação financeira como fator restritivo de utilização, mas sim possibilitar o beneficiário adquirir planos cuja mensalidade será mais acessível para que ele possa ter acesso à saúde suplementar. Ainda considerando os aspectos atuariais, seria relevante que o AIR tivesse sido realizado abordando o impacto regulatório esperado nas garantias financei com a redução das coparticipações/franquias, uma vez que parte das provisões técnicas e do capital baseado em riscos são apuradas considerando os eventos indenizáveis líquidos de coparticipação. Ressalta-se que existem, ainda, planos cujo custeio é estabelecido em percentual de salário, nesse caso, os impactos citados poderão ser ainda maiores. A proposta não trouxe resposta para a forma de apuração da regra em cenários como pagamento por faixa única mas que o contrato prevê tabela por faixa atendimento à RN n° 525, de 2022 (art. 15), ou pagamento por grupo familiar.
304472	A parte mais importante da revisão técnica não foi definida pela ANS e a sugestão seria ter uma consulta pública antes da publicação da instrução normativ para maiores discussões. De toda forma, entende-se que a ANS não deva definir os prazos, abrangência, limites de valores e como se dará o acompanhamento, mas sim indicar que atuário deve estabelecer esses parâmetros na nota técnica. Importante ressaltar que não se deve limitar valores da revisão, pois ela está sendo criada justamente para indicar qual o valor gerará um equilíbrio, cabendo à ANS somente da análise de consistência da Nota Técnica Atuarial.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304472	- § 1º A tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverão constar de forma destacada no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em norma□vo específico, no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.	Alteração
304472	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Alteração
304472	- § 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mecanismos Financeiros de Regulação, além daqueles elencados no Anexo desta norma.	Alteração
304472	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Alteração
304472	- § 6º É vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços de saúde dos valores devidos a □tulo de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado sempre à operadora de plano privado de assistência à saúde, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual. § 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respec□vo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato. § 8º Na modalidade de franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go, somente incidirá o limite de exposição	Exclusão
304472	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304472	§ 1º A indicação de onde possa ser consultada a tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste a deverão constar no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em normativo específico, no Portal Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.
304472	§ 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica; II - (...)
304472	§ 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mec Financeiros de Regulação.
304472	Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Normativa, poderão ser majorados a percentual a ser definido por acordos ou conv coletivas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.
304472	
304472	Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respectivos contratos, regulamentos ou instrumentos conge ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os isentos de incidência e cobrança; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais distinções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos meca financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto no art. 7º desta Resolução Normativa; III - os limites de exposição financeira; e IV - os critérios de reajuste dos valores devidos a título de Mecanismos Financeiros de Regulação, se houver.

Protocolo	Justificativa
304472	Há necessidade do beneficiário ter acesso à tabela de referência, porém a inserir no contrato apenas tornará o documento volumoso, sem benefício ou facilidade de consulta.
304472	As disposições previstas na Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamen odontológico em regime misto de pagamento, fundamentam a não incidência de limites para os planos odontológicos, sendo portanto a justificativa para a isenção da regra para os planos odontológicos. Porém, retirar essa justificativa da redação, a torna mais clara.
304472	Alterar o texto para permitir a isenção de fator moderador por critérios exclusivamente contratuais, uma vez que a ANS reconhece no AIR do tema que "(... nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimentos específicos."
304472	Acordos ou convenções trabalhistas são definidos junto aos representantes dos próprios empregados/beneficiários, dessa forma, a definição dos percentua de coparticipação deveriam caber livremente entre as partes, assim como os limites de exposição financeira anual e mensal. Assim a proposta fica adequad às práticas de mercado e aos entendimentos consolidados do STJ.
304472	O impedimento de pagamento da franquia diretamente ao prestador pelo beneficiário, irá agravar de sobremaneira o risco de crédito desses contratos, send que hoje já existe a previsão de o beneficiário poder realizar o pagamento diretamente ao prestador de serviço nos termos da Consu nº 8/98, sem problema relatados nessa operação. O glossário da saúde suplementar, inclusive até o ano de 2012, previa expressamente que a franquia sempre era paga ao prestador, o que foi excluído na revisões posteriores, porém sem mudança de conteúdo, uma vez que continua a previsão da Consu nº 8/98, e na proposta desta CP a não responsabilidade operadora por este pagamento. Ou seja, quando a operadora não é responsável não cabe a ela transitar o recurso financeiro, pois isso gera risco de crédito não é habitual nas atividades securitárias, quando se menciona não haver responsabilidade. Portanto, essa alteração traz mudança em um conceito internacionalmente conhecido, causando impacto negativo em quem lida com atividade securitária passará a ter dois conceitos para um mesmo instituto.
304472	Adequação da redação para as demais proposições realizadas nos demais artigos e que influenciam nessa redação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304472	2025-01-28 12:37:51	Consultoria
304474	2025-01-28 14:01:22	Consultoria
304474	2025-01-28 14:01:22	Consultoria
304474	2025-01-28 14:01:22	Consultoria
304474	2025-01-28 14:01:22	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304472	- Art. 7º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 29 desta resolução será considerada a totalidade de participantes eventualmente já	Alteração
304474	- Art. 38. Ressalvada a hipótese prevista no art. 39, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista no art. 40, calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.	Alteração
304474	- Art. 53. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de fevereiro de 2023.	Alteração
304474	- Art. 42. A operadora deverá divulgar até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como identificar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no aplicativo RPC, e seus respectivos produtos, com número de registro na ANS.	Inclusão
304474	- Art. 37 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304472	Art. 7º. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a mil beneficiários não poderá haver cláu agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doença ou lesão preexistente, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta c celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
304474	Art. 38. Ressalvada a hipótese prevista no art. 39, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista no art. 40, calculará um percentu reajuste com todos os seus contratos coletivos por adesão e outro percentual com todos os seus contratos coletivos empresariais, que deverá ser aplicado todo o agrupamento dos seus contratos.
304474	Art. 53. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de janeiro de 2026.
304474	Art. 42 (...) § 3º O primeiro reajuste do agrupamento de contratos de 1.000 vidas será somente a partir de maio de 2026.
304474	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos por adesão agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais, ambos com menos de mil beneficiários, para o cálculo do percentual de reajuste que s aplicado a esses agrupamentos. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)

Protocolo	Justificativa
304472	Mudar a apuração de carência e CPT conforme o limite de vidas do pool de risco, pois a regra de carência influencia no risco do contrato a integrar o pool
304474	Alteração do art. 39 para inclusão do subgrupo “Com e Sem Atenção Primária à Saúde”: Considerando que os custos assistenciais vêm apresentando um crescimento real significativo nos últimos anos, e esse crescimento tende a ser continuado em função do desenvolvimento de novos tratamentos e novas tecnologias, uma das principais formas de tentar reduzir esse crescimento dos custos assistenciais, e manter um plano de saúde mais acessível aos beneficiários é a instituição de planos com Atenção Primária à Saúde – APS. A ANS inclusive busca incentivar as OPS na criação desses planos, por exemplo, por meio da instituição de pontuação base na dimensão “Qualidade em Atenção à Saúde”, no Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar – IDSS. Espera-se que o comportamento dos custos assistenciais desses planos seja diferente dos demais planos que não possuem APS, e, por consequência, os seus reajustes sejam menores. A inclusão desses planos no agrupamento do contrato irá contra todos os esforços da OPS e da própria ANS, uma vez que os reajustes serão contaminado pelo crescimento dos demais planos. Para inclusão do subgrupo “Com e Sem Fator Moderador Financeiro”: É sabido que planos sem fator moderador financeiro possuem frequência de utilizaçã muito superior aos planos que possuem esse mecanismo. Tal impacto era pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contrato com até mil vidas a apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos com previsão de coparticipação/franquia, qu em regra geral, apresentam reajustes inferiores.
304474	Adaptação de sistema ao tema, principalmente pelo levantamento dos dados que comporão o agrupamemnto.
304474	Faltou a ANS deixar claro quando o novo limite de vidas do pool terá vigência, não sendo ideal ser ainda em 2025, pois ficaria um tempo muito apertado pa essa apuração, dado que ainda não sabemos quando haverá a publicação da resolução alterada e muitas operadoras já apuram seu reajuste em março, pa haver tempo hábil de ajustar o sistema, boletos/faturas de cobrança e preparação do extrato pormenorizado .
304474	O perfil de utilização dos beneficiários observado em contratos coletivos empresariais e coletivos por adesão são significativamente diferentes. Tal impacto é pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contratos com até mil vida apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos coletivos empresariais, que, em regra geral, apresentam reajuste inferiores.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304474	2025-01-28 14:01:22	Consultoria
304474	2025-01-28 14:01:22	Consultoria
304474	2025-01-28 14:01:22	Consultoria
304474	2025-01-28 14:01:22	Consultoria
304474	2025-01-28 14:01:22	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304474	- Art. 6º No plano privado de assistência à saúde cole□vo empresarial com número de par□cipantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato cole□vo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do ar□go 29 desta resolução será considerada a totalidade de par□cipantes eventualmente já	Alteração
304474	- Art. 32 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração
304474	- Art. 40 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração
304474	- Art. 33 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração
304474	- Art. 23 da RN ANS nº 557, de 2022:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304474	Art. 6º. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a mil beneficiários não poderá ser exig cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de vinculação a pessoa jurídica contratante.
304474	Art. 32 (...) § 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagam beneficiário.
304474	Art. 40. (...) §5º EXCLUIR
304474	Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as coberi adicionais contratadas em separado, multa e juros.
304474	Art. 23 (...) §1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante, de inadimplência, fraude e demais casos de rescisão motivada, o contrato de plano de assistê saúde coletivos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao con respeitando o prazo de notificação prévia contratualmente previsto.

Protocolo	Justificativa
304474	Mudar a apuração de carência e CPT conforme o limite de vidas do pool de risco, pois a regra de carência influencia no risco do contrato a integrar o pool
304474	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade do mês anterior pode confundir o beneficiário, por poder estar composta de juros, multa coparticipação, dentre outros aspectos sequer de conhecimento da operadora, como ocorre no caso de mensalidades cobradas sobre percentual de salário descontados diretamente pelo empregador.
304474	Exclusão do §5º. Conforme a própria ANS menciona em seu AIR, a maioria dos contratos hoje coletivos por adesão, não estão contemplados pelo pool, pois operadoras já negociam um reajuste único no contrato com a administradora, dado que há a mistura de contratantes até 29 vidas e acima de 29 vidas. Assi não faria sentido juntar esse público com os empresariais até mil vidas, devendo manter a redação sem alteração. Caso a ANS queira manter a alteração, m uma vez sugerimos que exista o pool de risco de planos coletivos por adesão e um outro para os empresariais até mil vidas, pois os riscos são bem distinto
304474	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade cobrada no boleto sem detalhamento de taxa permite o cruzamento de dados pelo fisco para que possa verificar os valores reportados na DMED são compatíveis com as mensalidades (e taxas) cobradas do usuário.
304474	Alteração do §1º. Fraudes e outros fatos ensejadores de rescisão motivada tb devem permitir o rompimento em prazos diversos. Além disso, a intenção da ANS é regular o momento da rescisão, mas não impedir a rescisão imotivada. Contudo, o trecho final, que determina apresentar “razões” da rescisão pode causar confusão quanto à prerrogativa. Importante ainda excluir o prazo para atender ao comando da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01, que na época revogou o paragem único d art 17 da RN 195, que possui mesmo conteúdo do atual art 23.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304474	2025-01-28 14:01:22	Consultoria
304474	2025-01-28 14:01:22	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304474	- Art. 27 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração
304474	- Art. 48. As autorizações de reajuste de planos individuais ou familiares regulamentados, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, expedidas na vigência da Resolução Norma□va nº 171, de 29 de abril de 2008, permanecem em vigor até o final do período mencionado nos respectivos ofícios autorizativos. Art. 49. Os contratos cole□vos empresariais ou por adesão, firmados antes de 24 de outubro de 2012 e que não tenham sido aditados para adequação de suas cláusulas à metodologia do agrupamento de contratos para fins de cálculo e aplicação de reajuste anual por variação de custo, não poderão receber novos beneficiários, à exceção de novo cônjuge e filhos do titular.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304474	Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste: I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em c que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; (Incluído pela Resolução Normativa XX, de 20XX) III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da c terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à da de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; (Renumerado do inciso II pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade será apurada tomando por base a proporção entre as de assistenciais líquidas de coparticipação e as receitas de contraprestações deduzidas dos tributos diretos, verificados no período de meses vigentes do contra mês de apuração do reajuste definido no inciso I-b deste artigo; V - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamer contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento), exceto para as entidades de autogestão.
304474	Art. 49 (...) § 1º Os contratos atualmente previstos com pool de risco até 29 beneficiários passam a ser considerados integrantes do novo pool de que trata essa Reso independente de aditamento contratual.

Protocolo	Justificativa
304474	1) Sobre a meta de sinistralidade: A meta de sinistralidade avaliada pela ANS levou em conta a média do mercado, sem avaliar a RN 548/22 quanto ao AIR ser apurado por: porte, modalidade tipo de atenção. Quando se verifica OPS de pequeno porte, é comum que apenas as despesas não assistenciais (administrativas e operacionais), sejam superiores a 25% Da mesma forma, operadora que atua basicamente com planos ambulatoriais, mesmo quando tem médio porte, suas despesas não assistenciais podem ultrapassar 25%. Temos que considerar que, em alguns casos existe a necessidade de recompor inclusive Capital Social para atendimento aos normativos da ANS. Como n ambiente de autogestão, tanto a patrocinadora quanto os beneficiários compõem os órgãos deliberativos, com o poder de aprovar ou não os reajustes apurados, devem ter total liberdade para propor o que for melhor para a solvência da OPS. Por fim, as autogestões já possuem características diferenciadas do mercado, inclusive com regras definidas exclusivamente a elas na RN nº 137/06. Tal normativo está inclusive passando por uma revisão por parte da ANS, ambiente mais adequado para tratar do tema. 2-) Sobre o índice de sinistralidade: Tendo em vista que não existe a nomenclatura receita direta do plano nos demonstrativos contábeis e, para não gerar dúvidas sobre a forma de apuração d sinistralidade, sugere-se com esse novo texto melhor detalhar quais são as despesas assistenciais a serem verificadas e as receitas de contraprestações co a devida dedução do imposto direto (que atualmente tem previsão no plano de contas da ANS, conta 32). 3-) Sobre a acumulação de índice, propôs a exclusão em razão de: Quando da apuração da necessidade de aplicação de um reajuste na mensalidade de um determinado plano, espera-se que ele seja suficiente para equilibr a situação econômico-financeira para os 12 meses futuros. Quando da vedação da aplicação de reajuste por sinistralidade conjugada com um reajuste financeiro (índice de preço), significa que a ANS está pensand
304474	Alteração do art. 49. Como não há item de contribuição para o art. 49 na CP 145, utilizou-se o item de contribuição do art. 48, mas a alteração seria para o a 49. Justificativa: faltou a ANS definir como ficará a transição do 29 para 1.000 vidas em termos práticos

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304474	2025-01-28 14:01:22	Consultoria
304474	2025-01-28 14:01:22	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304474	- Art. 35. Os contratos de planos privados de assistência à saúde cole□vos empresariais e por adesão, firmados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, deverão conter cláusula de reajuste que observa a metodologia do agrupamento de contratos estabelecida nesta Resolução. Parágrafo único. O agrupamento de contratos não se aplica: I - aos planos privados de assistência à saúde exclusivamente odontológicos; II - aos contratos de plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demi□dos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, de que trata o art. 17 da Resolução Norma□va nº 488, de 29 de março de 2022, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; e	Inclusão
304474	- Art. 7º No plano privado de assistência à saúde cole□vo empresarial com número de par□cipantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do ar□go 29 desta resolução será considerada a totalidade de par□cipantes eventualmente já	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304474	Art. 35 (...) IV – às operadoras de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão.
304474	Art. 7º. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a mil beneficiários não poderá haver cláu agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doença ou lesão preexistente, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta d celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Protocolo	Justificativa
304474	Inclusão do Inciso IV no artigo 35: "IV – às operadoras de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão." As autogestões já possuem características diferenciadas do mercado, inclusive com regras definidas exclusivamente a elas na RN nº 137/06. Tal normativ está inclusive passando por uma revisão por parte da ANS. Além disso, as autogestões já possuem um perfil muito mais mutualista e social quando compara às operadoras de mercado, sendo, inclusive, a modalidade de operadora que possui perfil etário de beneficiários mais envelhecido, ou seja, já é uma característica dessa modalidade apresentar maior perfil de solidariedade. Entretanto, a inserção dessa modalidade de operadora nas regras de agrupamento dos contratos, em iguais condições ao mercado de saúde suplementar poderá ocasionar o efeito contrário, sendo realizado o agrupamento de forma desfavorável. Importante destacar ainda, que, no caso das autogestões o reajuste não é imputado pela OPS à pessoa jurídica contratante, e, por consequência, aos beneficiários. Pelo contrário, nessa modalidade, tanto a patrocinadora quanto os beneficiários compõem os órgãos deliberativos, com o poder de aprovar o não os reajustes apurados, outro item fundamental que demonstra a necessidade de suas regras serem tratadas exclusivamente na mudança prevista para a RN nº 137/06. Outro exemplo da necessidade de exclusão das autogestões dessa seção é que, em muitos casos, elas possuem apenas 1 patrocinadora, além da própria autogestão, ou seja, um contrato para os empregados da patrocinadora e outro para os seus próprios empregados. Como a grande maioria das autogestõe não possuem mais de 1000 vidas vinculadas ao seu quadro funcional, quase todas se enquadrariam no pool, perdendo a possibilidade de aplicar reajuste diferente para planos com características distintas, como exemplo: planos com e sem coparticipação, com padrão de acomodação em enfermaria e apartamento, com ou sem Atenção Primária à Saúde – APS, dentre outros. Ademais, no ambiente das autogestões também é comum a possibilidade de mudança de plano não compulsória de planos por alguma mitigação de risco juridico, de forma que o associado, nesses casos específicos, mude de plano somente quando há insustentabilidade daquela carteira que foi reduzindo ao longo do tempo. Ao colocar o pool de 1.000 vidas nesse cenário, inviabiliza o processo voluntário dessas questões, tornando invalidada essa medida de mitigação de risco, passando as mudanças de plano a serem exclusivamente compulsórias. Em virtude de todo o exposto, solicitamos que as autogestões sejam excluídas dessa seção, e suas regras sejam tratadas exclusivamente no movimento j realizado pela ANS para fins de alteração da RN nº 137/06.
304474	Mudar a apuração de carência e CPT conforme o limite de vidas do pool de risco, pois a regra de carência influencia no risco do contrato a integrar o pool

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304475	- § 5º O reajuste previsto no parágrafo anterior deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses e não poderá ser aplicado quando inexis□r previsão contratual em relação aos seus critérios de aferição e aplicação.	Alteração
304475	- Art. 2º da RN nº 413, de 2016	Alteração
304475	- Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - franquia dedu□vel acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja a□ngido o valor previsto no contrato Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 5 como franquia; e II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, n	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304475	§ 5º O reajuste dos mecanismos financeiros de regulação deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses.
304475	É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
304475	Art. 10-A A fixação de franquia limitada por acesso, não impede a fixação de coparticipação, desde que relativo a procedimentos ou tipo de rede distinto observados os limites impostos neste normativo.

Protocolo	Justificativa
304475	Manutenção da previsão do reajuste a cada 12 meses, entretanto, sem a necessidade de indicação dos critérios para aferição, tendo em vista, que as operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociaç junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índ global de aplicação. A coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusi essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidades mais acessíveis. Dessa forma, a definição de um critério único impossibilitará da realização de negociações entre as partes em períodos específicos.
304475	Manter a redação original: “É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.” Ofertar planos de saúde em plataforma digital possui impactos financeiros diretos que não foram apurados no AIR (criação, desenvolvimento, manutenção plataforma e sistemas), além de impactos operacionais na revisão de fluxos e integração com os parceiros que comercializam esses tipos de produtos. Essa situação é ainda mais gravosa quando não se verifica avaliação por porte, classificação e tipo de atenção, pois certamente os problemas regulatórios s diferentes. A título exemplificativo, o AIR disponível no site sobre o tema vincula a obrigatoriedade da oferta online ao combate à seleção de risco. Ocorre q na modalidade de planos odontológicos, por exemplo, não há queixas de seleção de risco e tampouco ausência de ofertas de planos individuais. Do mesm modo, as entidades de autogestão concentram o maior número de idosos, também não parecendo fazer sentido falar de seleção de risco. Portanto, sem o avanço do AIR dentro dos parâmetros definidos na RN 548 (porte, classificação e tipos de atenção), sugere-se manter a redação atual no qual é facultativa oferta da venda on-line.
304475	Respeitar as realidades já existentes no mercado de planos que utilizam concomitantemente os dois fatores de moderação, ainda que adequados ao novo formato regulado.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304475	- § 7º O limite previsto no § 2º deste ar□go não se aplica aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento.	Alteração
304475	- § 1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, mesmo que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de copar□cipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.	Exclusão
304475	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, dis□ntos e escalonados por grupos de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304475	§ 7º O limite previsto no § 2º deste artigo não se aplica aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norm 59, de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento, e para as operador classificadas na modalidade de autogestões.
304475	
304475	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, distintos e escalonados por de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes, ou por tipo de rede utilizada (se própria, credenciada diretamente ou credenciada indireta

Protocolo	Justificativa
304475	As autogestões já possuem características diferenciadas do mercado, inclusive com regras definidas exclusivamente a elas na RN nº 137/06. Tal normativ está inclusive passando por uma revisão por parte da ANS. Além disso, as autogestões já possuem um perfil muito mais mutualista e social quando compara às operadoras de mercado, sendo, inclusive, a modalidade de operadora que possui perfil etário de beneficiários mais envelhecido, ou seja, já é uma característica dessa modalidade apresentar maior perfil de solidariedade. Entretanto, a inserção dessa modalidade de operadora nas regras de limitação do reajuste mínimo na regra de coparticipação, em iguais condições ao mercado de saúde suplementar, fará com que o próprio grupo deixe de ter poder decisório sobre a gestão do plano de saúde. Melhor explicando, no caso das autogestões o reajuste não é imputado pela OPS à pessoa jurídica contratante, e, por consequência, aos beneficiários. Pel contrário, nessa modalidade, tanto a patrocinadora quanto os beneficiários compõem os órgãos deliberativos, com o poder de aprovar ou não os reajustes apurados, outro item fundamental que demonstra a necessidade de suas regras serem tratadas exclusivamente na mudança prevista para a RN nº 137/06 Em virtude de todo o exposto, solicitamos que as autogestões sejam excluídas desse item da norma, e suas regras sejam tratadas exclusivamente no movimento já realizado pela ANS para fins de alteração da RN nº 137/06.
304475	Existem custeios que são estabelecidos em percentual de salário, nesses casos pode haver grandes variabilidades da base de incidência de contribuição d um mês para outro. A fixação de um único mês como parâmetro pode trazer impacto distorcido para os beneficiários. Por fim, a proposta não trouxe resposta para a forma de apuração da regra em cenários como pagamento por faixa única mas que o contrato prevê tabela p faixa em atendimento à RN n° 525, de 2022 (art. 15), ou pagamento por grupo familiar. Além disso, ao mencionar “taxa adicional” pode dar a entender que é o valor cobrado da administradora. Porém, para o beneficiário há um único valor de mensalidade já inclusa referida taxa, nesse caso, inclusive para que suas informações de plano de saúde à Receita Federal, quando do pagamento do IRP seja coerente com o que a administradora reportará na Dmed. Lado outro, caso se opte pela manutenção da regra, esta deve ser complementada para maior clareza quanto a eventuais cobranças retroativas de reajust autorizadas pela regulamentação, como no caso de contratos de planos coletivos em que a negociação para o reajuste anual ultrapassa o mês de aniversár do contrato. Neste sentido, sugere-se a inclusão: “§1º-A Nos casos em que o reajuste anual ultrapassar o mês de aniversário do contrato, havendo cobranç retroativa do reajuste, a diferença em valor entre o limite mensal de exposição financeira aplicado nos meses sem reajuste e o que poderia ter sido aplicad nestes respectivos meses, poderá ser proporcionalmente cobrada a partir do mês em que o reajuste for aplicado, compensando em um mês o proporcional cada mês sem reajuste, sem que isso caracterize ofensa ao limite mensal de exposição financeira”.
304475	A gestão de custos é extremamente importante para a sustentabilidade de um plano, sendo que esta gestão passa diretamente pela utilização de diferente tipos de rede de atendimento. Nesta perspectiva, o direcionamento financeiro tem sido amplamente utilizado no mercado e tem maior índice de sucesso co menor índice de reclamação de beneficiários que o direcionamento de acesso. Lado outro, importante deixar claro no texto que eventual diferença de valores cobrados em razão das diferenças de remuneração de prestadores, nos cas em que os mecanismos financeiros são previstos em percentual do custo do procedimento, não caracterizam diferenciação dos mecanismos por prestador não havendo ofensa a regulação em vigor. Sugere: “§1º-A Nos casos em que mecanismos financeiros forem estabelecidos em percentual sobre o custo real procedimento, eventual diferença de valores cobrada em decorrência da diferença de remuneração de cada prestador, não se caracterização fixação de mecanismos financeiros diferentes por prestador”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304475	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Alteração
304475	- § 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão copar□cipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.	Exclusão
304475	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
304475	- § 1º Nos casos do inciso I do caput deste ar□go, poderão ser cobrados valores dis□ntos a depender da complexidade do atendimento realizado, bem como do atendimento realizado por médico generalista daquele atendimento realizado por médico especialista, conforme previsto em contrato.	Exclusão
304475	- § 2º Para indicação do prestador de serviços de saúde, conforme previsto no caput e no § 1º deste ar□go, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá observar o norma□vo específico que dispõe sobre a garan□a de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximos para atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos listados no Anexo desta norma.	Alteração
304475	- § 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mecanismos Financeiros de Regulação, além daqueles elencados no Anexo desta norma.	Alteração
304475	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
304475	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304475	Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Normativa, poderão ser majorados a percentual a ser definido por acordos ou conv coletivas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.
304475	
304475	
304475	
304475	§ 2º Para indicação do prestador de serviços de saúde, conforme previsto no caput e no § 1º deste artigo, a operadora de planos privados de assistência à deverá observar o normativo específico que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximo atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos que serão isentos da cobrança Mecanismos Financeiros de Regulação.
304475	§ 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mec Financeiros de Regulação.
304475	Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respectivos contratos, regulamentos ou instrumentos conge ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os isentos de incidência e cobrança; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais distinções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos meca financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto no art. 7º desta Resolução Normativa; III - os limites de exposição financeira; e IV - os critérios de reajuste dos valores devidos a título de Mecanismos Financeiros de Regulação, se houver.
304475	Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Normativa, poderão ser majorados a percentual a ser definido por acordos ou conv coletivas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.

Protocolo	Justificativa
304475	Acordos ou convenções trabalhistas são definidos junto aos representantes dos próprios empregados/beneficiários, dessa forma, a definição dos percentua de coparticipação deveriam caber livremente entre as partes, assim como os limites de exposição financeira anual e mensal. Assim a proposta fica adequad às práticas de mercado e aos entendimentos consolidados do STJ.
304475	Há necessidade do beneficiário ter acesso às informações sobre os procedimentos que terão coparticipação, porém listá-los individualmente no contrato apenas tornará o documento volumoso, sem benefício ou facilidade de consulta. Além disso, dado que há revisão do rol frequentemente, com incorporação automática nos produtos, a listagem dentro do contrato torna-se obsoleta em pou tempo após a sua celebração, assim, o que seria transparência, acaba não servindo para consulta no dia a dia, além de poder gerar interpretações equivocadas pelo beneficiário/judiciário, tendo em vista que existem alguns procedimentos que possuem o mesmo código TUSS, mas que com uma diretriz coberta pel
304475	Conforme apontado nas considerações ao caput, é recomendável não ter limites que acabam onerando a mensalidade de todo o setor.
304475	Com a proposta de excluir o inciso I, esse parágrafo torna-se sem efeito.
304475	Adequar o texto considerando que a regulamentação permite a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação que não estão contemplados no anexo desta resolução. Ademais a adequação visa o alinhamento com a proposta de exclusão do caput atual do art. 3º, considerando que a ANS reconhece no AI do tema que “(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimentos específicos”.
304475	Alterar o texto para permitir a isenção de fator moderador por critérios exclusivamente contratuais, uma vez que a ANS reconhece no AIR do tema que “(... nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimentos específicos.”
304475	Adequação da redação para as demais proposições realizadas nos demais artigos e que influenciam nessa redação.
304475	Acordos ou convenções trabalhistas são definidos junto aos representantes dos próprios empregados/beneficiários, dessa forma, a definição dos percentua de coparticipação deveriam caber livremente entre as partes, assim como os limites de exposição financeira anual e mensal. Assim a proposta fica adequad às práticas de mercado e aos entendimentos consolidados do STJ.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304475	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
304475	- § 1º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, a franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go será aferida proporcionalmente, considerando-se o número de meses restantes até o aniversário ou renovação subsequente do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304475	
304475	§ 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrat

Protocolo	Justificativa
304475	É sabido que a grande maioria dos planos de assistência à saúde são estabelecidos em função da faixa etária do beneficiário. Dessa forma, quanto menor idade, menor é o valor da mensalidade. Considerando que as últimas atualizações do rol de procedimentos inseriram procedimentos mais onerosos para o beneficiários da primeira faixa etária, o mercado vem observando uma mudança da regra de solidariedade intergeracional que existia, sendo que os custos d beneficiários com idade mais jovens vêm aumentando constantemente, sendo em alguns casos inclusive maior que a mensalidade cobrada. Dessa forma, ao estabelecer um limite de coparticipação único, vinculado ao valor da mensalidade irá distorcer ainda mais a relação custo/custeio para os beneficiários da primeira faixa etária, ou seja, os beneficiários das faixas etárias intermediárias terão que subsidiar ainda mais essa população. Na hipótese de a ANS manter uma regra de limitação de coparticipação por ano, atrelada ao valor da mensalidade, entende-se que os estudos de impacto regulatório devem ser realizados por faixa etária, sendo que o fator multiplicador da mensalidade deve ser maior para as primeiras faixas etárias quando comparado as demais. Um exemplo da necessidade dessa diferenciação são os casos de terapias para os transtornos globais de desenvolvimento, em qu hoje a coparticipação é um mecanismo importante para não ampliar sobremaneira o número de sessões sem comprovação da melhora ao paciente. Importante destacar, ainda, o mutualismo atuarial existente quando do estabelecimento dos mecanismos de regulação financeira e reajuste. Ao inserir uma série de limitações de cobrança de coparticipação/franquia, além das isenções que estão sendo propostas no artigo 3° da minuta de resolução, para reestabelecer o equilíbrio do plano haverá necessidade de repasse desse valor nos reajustes das mensalidades, o que não é desejado. Quando existe maior rigidez nas regras estabelecidas para os mecanismos de regulação financeira, os beneficiários que possuem maior cuidado com sua saúde, e por consequência uma utilização consciente de procedimentos, serão penalizados por meio de pagamentos de mensalidades mais onerosas. Obse que o pleito não se limita a deixar as regras totalmente livres, tornando os mecanismos de regulação financeira como fator restritivo de utilização, mas sim possibilitar o beneficiário adquirir planos cuja mensalidade será mais acessível para que ele possa ter acesso à saúde suplementar. Ainda considerando os aspectos atuariais, seria relevante que o AIR tivesse sido realizado abordando o impacto regulatório esperado nas garantias financei com a redução das coparticipações/franquias, uma vez que parte das provisões técnicas e do capital baseado em riscos são apuradas considerando os eventos indenizáveis líquidos de coparticipação. Ressalta-se que existem, ainda, planos cujo custeio é estabelecido em percentual de salário, nesse caso, os impactos citados poderão ser ainda maiores. A proposta não trouxe resposta para a forma de apuração da regra em cenários como pagamento por faixa única mas que o contrato prevê tabela por faixa atendimento à RN n° 525, de 2022 (art. 15), ou pagamento por grupo familiar.
304475	Alteração referente ao §7º, mas como não há item de contribuição para o §7º, foi utilizado outro § para apresentar a contribuição. Sendo assim, sugere-se alteração do §7º uma vez que a franquia é uma ferramenta que poderá ser utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras pa minimizar os preços propostos, ou seja, a pessoa jurídica contratante e a operadora poderão chegar a um acordo para amenizar os reajustes das contraprestações, através da alteração do valor da franquia.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304475	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Exclusão
304475	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304475	
304475	

Protocolo	Justificativa
304475	Em análise dos documentos apresentados no AIR, não observou-se embasamento técnico para definição do percentual máximo de 30% pela ANS. Do ponto de vista técnico, entendemos que a limitação do percentual poderia, inclusive, ser maior que os 30%, todavia com limites variados pela complexida dos procedimentos. Observamos que existem OPS com coparticipação de 50% em procedimentos de baixa complexidade, sem números de reclamações registradas na ANS (NIP's). A definição de um percentual máximo de coparticipação é recomendável. Todavia, é necessário deixar claro que: reduzir a coparticipação implicará, obrigatoriamente, o aumento da mensalidade dos planos. A coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusi essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidades mais acessíveis. O AIR, além de não ter trazido parâmetros para 30%, pulou uma etapa importante do processo de debate do tema ocasionado pela Câmara Técnica de 201 cuja conclusão foi pelo percentual de 50%, alinhado, inclusive, com as recentes decisões do STJ sobre a matéria (Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, 2022/0133339-5).
304475	Não há um índice único negociado com os prestadores que permita a adoção dessa regra. Lado outro, este normativo já dispõe no inciso IV, do art. 6º, que critérios de reajuste dos mecanismos financeiros devem estar previstos no contrato do plano, deixando claro se tratar de uma condição comercial que dev ficar a cargo das Operadoras estabelecerem as regras deste reajuste, o que conflita com esta disposição. As operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociação junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índice global de aplicação. Além disso, a coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusive, essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidade mais acessíveis, o que hoje é admitido na regulamentação, inclusive com previsão no RPC. Dessa forma, limitar o reajuste da coparticipação ao índice aplicado junto aos prestadores de serviço, principalmente nas negociações de contratos coletivo com empregadores, irá trazer um impacto negativo para o reajuste dos beneficiários pelos fatos mencionados anteriormente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304475	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
304475	- § 1º A tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverão constar de forma destacada no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em norma□vo específico, no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.	Alteração
304475	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Exclusão
304475	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
304475	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304475	Art. 13 (...) Parágrafo único. Fica assegurada a manutenção dos contratos originais celebrados antes da vigência desta norma, com suas respectivas regras. A renova contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que dis sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação por meio de aditivo contratual correspondente.
304475	§ 1º A indicação de onde possa ser consultada a tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste a deverão constar no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em normativo específico, no Portal Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.
304475	
304475	Art. 13 (...) Parágrafo único. Fica assegurada a manutenção dos contratos originais celebrados antes da vigência desta norma, com suas respectivas regras. A renova contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que dis sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação por meio de aditivo contratual correspondente.
304475	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores base de remuneração praticados entre a operadora de pla privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, ainda que existam remunerações distintas em face das negociaçõ individuais com cada prestador.

Protocolo	Justificativa
304475	Dar clareza a manutenção dos contratos celebrados antes da vigência do normativo em respeito ao ato jurídico perfeito.
304475	Há necessidade do beneficiário ter acesso à tabela de referência, porém a inserir no contrato apenas tornará o documento volumoso, sem benefício ou facilidade de consulta.
304475	Essa regra desestimula a adoção de direcionamento de atendimento, sem nenhum AIR que indique ser necessário esse impedimento.
304475	Dar clareza a manutenção dos contratos celebrados antes da vigência do normativo em respeito ao ato jurídico perfeito.
304475	Considerando que a remuneração de cada prestador é definida mediante negociação específica com o respectivo prestador, não havendo uma tabela única remuneração, apenas uma tabela base utilizada para início das negociações.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304475	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304475	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Alteração
304475	- § 6º É vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços de saúde dos valores devidos a □tulo de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado sempre à operadora de plano privado de assistência à saúde, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual. § 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respec□vo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato. § 8º Na modalidade de franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go, somente incidirá o limite de exposição	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304475	
304475	§ 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica; II - (...)
304475	

Protocolo	Justificativa
304475	Conforme AIR do tema elaborado pela ANS “(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimento específicos.” Essa afirmativa é relevante uma vez que, embora a coparticipação seja instituto amplamente utilizado em diversos países, não se identifica um lista de isenção, o que corrobora o entendimento de que a cobrança de coparticipação, mesmo em procedimentos considerados necessários, não descaracteriza o conceito de risco moral. Além disso, no caso brasileiro, é bastante comum planos empresariais no qual o empregador arca com o valor da mensalidade e o empregado com a coparticipação, quando da utilização, não tendo esse caso a limitação ao conceito de risco moral e sim de copagamento Ademais, embora o AIR tenha mencionado não ter realizado estudo atual sobre o tema e aproveitado o material do Anexo da RN 433, trouxe um formato diverso daquele, combinando com a TUSS, inclusive com procedimentos sequer previstos no rol de procedimentos. Se o procedimento não está no rol por si já é um grande indicativo de que não haveria razões para não exigir coparticipação, podendo até mesmo definir a cobrança da integralidade do procedimen (nos termos da ressalva assegurada pelo art.1°, parágrafo único da Resolução Normativa n° 484, de 2022): “Art. 1º Fica vedada às operadoras de planos de assistência à saúde a operação de sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serem pagos diretamente pelo consumidor ao prestador dos serviços, bem como a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998. Parágrafo único. Não está incluído, na proibição de que trata este artigo, o oferecimento de serviços complementares aos planos definidos na Lei nº 9.656, 1998, desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.” Lado outro, O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS define a cobertura mínima obrigatória a ser assegurada nos planos de saúde regulamentados. Nesse sentido, qualquer procedimento previsto no Rol tem a mesma obrigatoriedade de cobertura dos demais, de forma que essas coberturas não são estabelecidas mediante juízo de valor referente à priorização, necessidade, hierarquia ou privilégio de um procedimento frente a outro. N se apresenta razoável, por conseguinte, criar um critério de diferenciação entre os procedimentos previstos no Rol, apenas com o fim de delimitar aqueles q podem ou não estar sujeitos a incidência de fator financeiro de regulação.
304475	As disposições previstas na Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamen odontológico em regime misto de pagamento, fundamentam a não incidência de limites para os planos odontológicos, sendo portanto a justificativa para a isenção da regra para os planos odontológicos. Porém, retirar essa justificativa da redação, a torna mais clara.
304475	O impedimento de pagamento da franquia diretamente ao prestador pelo beneficiário, irá agravar de sobremaneira o risco de crédito desses contratos, senc que hoje já existe a previsão de o beneficiário poder realizar o pagamento diretamente ao prestador de serviço nos termos da Consu nº 8/98, sem problema relatados nessa operação. O glossário da saúde suplementar, inclusive até o ano de 2012, previa expressamente que a franquia sempre era paga ao prestador, o que foi excluído na revisões posteriores, porém sem mudança de conteúdo, uma vez que continua a previsão da Consu nº 8/98, e na proposta desta CP a não responsabilidade operadora por este pagamento. Ou seja, quando a operadora não é responsável não cabe a ela transitar o recurso financeiro, pois isso gera risco de crédito não é habitual nas atividades securitárias, quando se menciona não haver responsabilidade. Portanto, essa alteração traz mudança em um conceito internacionalmente conhecido, causando impacto negativo em quem lida com atividade securitária passará a ter dois conceitos para um mesmo instituto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304475	2025-01-28 14:48:34	Consultoria
304513	2025-01-29 10:03:47	Órgão de defesa do consumidor
304520	2025-01-29 11:49:27	Consultoria
304520	2025-01-29 11:49:27	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304475	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
304513	- Art. 1º A presente Resolução Norma□va - RN dispõe sobre os procedimentos para a contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. As disposições constantes nesta RN aplicam-se também às operadoras classificadas como administradoras de benefícios.	Inclusão
304520	- b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecu□vos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; (Renumerado do inciso II pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304520	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304475	Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em realizados em atendimentos ocorridos em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte: I – (excluir); II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e even realizados.
304513	Incluir um dispositivo nesta norma para obedecer o art. 49 do Código de Defesa do Consumidor, sobre o direito de arrependimento do consumidor, quando c fora do estabelecimento comercial, como a venda online.
304520	b) o mês de apuração do índice financeiro pactuado em contrato deve corresponder à data-base de apuração dos dados para aferição da sinistralidade, apu período de doze meses consecutivos anteriores.
304520	Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior ao valor da contraprestação pecuniária base mensal pelo mesmo beneficiário.

Protocolo	Justificativa
304475	A limitação do mecanismo financeiro de regulação para atendimentos em pronto-socorro poderá ocasionar uma migração das consultas eletivas para aquel realizadas no ambiente hospitalar, sobrecarregando os pronto-atendimentos de forma desnecessária. Ou seja, haverá estímulo à utilização de consultas er pronto-socorro, o que é contrário a demais preceitos da própria ANS, inclusive com indicador específico no Indice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e no Mapeamento do Risco Assistencial. Não temos nenhuma objeção em estabelecer um limite monetário para o valor do mecanismo financeiro de regulação no caso da internação. Entretanto, fix tal valor ao limite de exposição financeira mensal poderá incentivar o beneficiário a realizar uma internação desnecessária para realização de procedimento eletivos com o único objetivo de reduzir sua coparticipação. Nessa hipótese, o plano terá um custo assistencial muito mais elevado, como por exemplo o pagamento de diárias e taxas hospitalares, fato que será refletido quando da aplicação do reajuste. Além disso, a regra não traz exceção para as internaçõ de longo prazo. Lado outro, não considera que diferentes beneficiários de um mesmo contrato poderão ter valor de coparticipação para internação diferencia em razão da diferença no valor da mensalidade de cada um, seja pela idade ou outras circunstâncias como as mensalidades fixadas com base salarial.
304513	Para obedecer o que dispõe o Código de Defesa do Consumidor sobre o direito de arrependimento
304520	Muitas vezes a operadora escolhe uma data-base para o indicador financeiro que é diferente da data-base dos dados, sendo que o objetivo é corrigir o efei da inflação sobre os dados de custo assistencial. Essa escolha não deveria se dar pelo mês em que o indicador acumulado apurado foi maior, penalizando contratante.
304520	A limitação proposta pela ANS elimina o efeito que a coparticipação tem como redutor de risco moral, e como consequência, além de reduzir a recuperaçã financeira, incentivará o aumento da utilização. O efeito esperado é a necessidade de aumento dos preços dos planos coparticipativos, e a restrição do aces da população aos planos de saúde. Especialmente nos planos coletivos empresariais, a coparticipação é uma ferramenta importante para ajuste de desvios utilização nos contratos. A coparticipação como redutor de risco moral est´á ameaçada com esta proposta. Estudos dessa consultoria indicam que para consultas e exames simple eletivos o efeito da coparticipação sobre o risco moral é de redução de quase 20% sobre a frequência de utilização desses serviços.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304520	2025-01-29 11:49:27	Consultoria
304520	2025-01-29 11:49:27	Consultoria
304520	2025-01-29 11:49:27	Consultoria
304520	2025-01-29 11:49:27	Consultoria
304520	2025-01-29 11:49:27	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304520	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304520	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
304520	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304520	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
304520	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304520	“Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos por adesão e outro agrupamento dos contratos coletivos empresariais com menos de 30 beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.
304520	Anexo da norma, sem a indicação de consultas como isentas.
304520	
304520	“Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação.
304520	§ 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os anos subsequentes, mas é permitido que o valor que ultrapasse o limite em um mês seja cob mês seguinte, caso esse não ultrapasse novamente o limite estabelecido.

Protocolo	Justificativa
304520	O perfil de demanda por serviços, de preço praticado e margem esperada entre contratos coletivos por adesão e contratos coletivos empresariais é muito distinto. Para contratos empresariais, muitas vezes a operadora abre mão de margem percentual, reduz o preço para flexibilizar negociações, em razão de que o volume de beneficiários pode gerar uma margem em valor absoluto que interesse à operadora, mesmo que a meta de sinistralidade esperada seja maior qu 75%. Se os contratos de 1.000 mil vidas se misturarem aos contratos pequenos, o reajuste tende a ser maior para as empresas menores, que serão prejudicadas ao invés de favorecidas, que é a intenção da norma. Realizamos simulações com nossos clientes e confirmamos que a sinistralidade apurada para contratos até 1000 vidas tende a ser superior à de contrato agrupados até 30 vidas. A transparência na cláusula de reajuste, no índice financeiro reconhecido e transparente, e a exigência de que o reajuste técnico seja baseado na sinistralida apurada, já corrigirão os desvio dos reajustes atualmente praticados para o pool de risco. Outro aspecto é que a quantidade de vidas do pool deve corresponder à quantidade de vidas para que um contrato coletivo empresarial seja isento de carên e CPT, caso contrário há risco dos contratos com 30 vidas ou mais mudarem facilmente de operadora quando não concordarem com o reajuste, deixando agrupamento deficitário, uma vez que a necessidade de reajuste considerou o resultado desses contratos.
304520	Retirar as consultas médicas da lista de isenção de coparticipação, uma vez que os demais limites já protegerão os beneficiário, e as especialidades propos são muitas amplas. Basicamente o efeito da coparticipação será anulado.
304520	O índice financeiro e o índice técnico são complementares e possuem objetivos distintos. A exigência de que o contrato demonstre um critério objetivo de reajuste, um índice financeiro reconhecido e transparente, e que o reajuste técnico seja baseado na sinistralidade observada já contribuiriam para que abus no reajuste sejam evitados.
304520	A exigência de que a rescisão ocorra somente na data de aniversário, e ao mesmo tempo que haja antecedência de 60 dias, inviabilizará a rescisão quando contratante não aceitar o reajuste proposta pela operadora.
304520	Preservação do uso da coparticipação como redutor de risco moral e inibição de fraude na apresentação das contas em meses distintos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304520	2025-01-29 11:49:27	Consultoria
304543	2025-01-29 15:00:44	Consultoria
304542	2025-01-29 15:07:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304520	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304543	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
304542	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304520	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos deve constar explicitamente no contrato, de acordo com a margem esperada na precific realizada pela Operadora para cada contrato.
304543	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Normativa nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica., contratados anteriormente à publicação da RN 441, em que a ANS altera a metodologia de reajuste dos contratos individu
304542	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas.

Protocolo	Justificativa
304520	Para contratos empresariais, muitas vezes a operadora abre mão de margem percentual, reduz o preço para flexibilizar negociações, em razão de que o volume de beneficiários pode gerar uma margem em valor absoluto que interesse à operadora, mesmo que a meta de sinistralidade esperada seja maior qu 75%. Se os contratos de 1.000 mil vidas se misturarem aos contratos pequenos, o reajuste tende a ser maior para as empresas menores, que serão prejudicadas invés de favorecidas, que é a intenção da norma. A meta de sinistralidade de 75% também não reflete a realidade das operadoras odontológicas que possuem um ticket médio de receita menor e precisam margem percentual maior.
304543	Como a revisão técnica é um mecanismo muito impopular, limitar a sua aplicação aos contratos firmados antes da regra atual de reajuste pode minimizar risco das operadoras fazerem mau uso dessa possibilidade. Fato é que existe um passivo de carteiras reajustadas muito aquém da necessidade das operadoras. ao longo de anos, até 2018. Ressalto que o método atual de cálculo do reajuste, baseado na necessidade média do mercado, também não é mais adequada, e deveria ser um tema a ser tratado também, em alternativa à revisão técnica para novos contratos.
304542	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo que se encaminhado via ofício. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vic condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304542	2025-01-29 15:07:18	Operadora
304542	2025-01-29 15:07:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304542	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304542	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304542	
304542	

Protocolo	Justificativa
304542	Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberda econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecer o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima 25%, sendo 85% de pequeno porte, 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero o negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado no ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despes não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. Este patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) onde a sinistralidade meta corresponde a (1 – C), senc “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cad operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabelecidas na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistencial diferente uma da outra. Deste modo, não deve ser previamente estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de uma sinistralidade meta mínima não se justifica. Tal medida limitaria a liberdade econômica das operadoras, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas.
304542	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade d existência da administradora de benefícios.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304542	2025-01-29 15:07:18	Operadora
304542	2025-01-29 15:07:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304542	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Inclusão
304542	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304542	§ 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento.
304542	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a s considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304542	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo que ser enviado via ofício. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
304542	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304542	2025-01-29 15:07:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304542	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304542	

Protocolo	Justificativa
304542	Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todo que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúd As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende exis nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, do reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre custos com a assistência médica e as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operador ajustarem os valores cobrados dos beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por sua vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com inflação, cumprindo o princípio atuarial da “preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)”. Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizaçõ no Rol de Procedimentos e a introdução de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolher entre ajustar os preços com base na inflação geral ou com base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. A se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessária correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índi de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulaçã de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada ou de variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contratos bem como elitiza ainda mais o valor da mensalidade do plano de saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa suprir, além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais e outros fornecedores da operadora, os impactos das novas coberturas decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos que são aprovadas durante a execução dos contratos, portanto, não precificadas, que de fato não constam no histórico de utilização presen ou passada, mas que farão parte do custo futuro do contrato. O índice financeiro é uma forma de aplicação simplificada do que chamamos de visão prospectiva, ainda que utilizarmos para essa finalidade, não é, na maioria das vezes, suficiente para suprir os incrementos de custos para o próximo períod quando de fato utilizaremos os valores reajustado das contraprestações.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304542	2025-01-29 15:07:18	Operadora
304542	2025-01-29 15:07:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304542	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
304542	- I - deverão constar do contrato: (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Minuta de Norma - Reajuste Coletivo - RN 565/2022 alterada (31143141) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304542	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
304542	Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas a serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade definido de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o ín financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze meses consecutivos;

Protocolo	Justificativa
304542	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência qu ANS não deveria interferir. Em casos excepcionais como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratar ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo de 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez que a operadora terá que espe dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando a liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situações de alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.
304542	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionár da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômi financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figu jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pe operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálcul utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entra para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços por contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar um aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala q os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução de número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde públ e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304542	2025-01-29 15:07:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304542	- II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304542	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benef com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)

Protocolo	Justificativa
304542	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representar apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo que se encaminhado via ofício. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vic condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304545	2025-01-29 15:14:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304545	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304545	

Protocolo	Justificativa
304545	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, alé da necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar-condicionado ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive co criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresariais por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-se que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência c forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultanc ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto deve continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligadas com fraudes e prejuízo financeiros.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304551	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
304551	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304551	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos reali
304551	

Protocolo	Justificativa
304551	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
304551	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processua e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304551	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304551	Diante da indisponibilidade do site, informamos que desejamos alterar o §3° : Redação original da minuta: § 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perc sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma. Redação proposta: § 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perc sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.

Protocolo	Justificativa
304551	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica, a partir do 31º dia, portanto, proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304551	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão
304551	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão
304551	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
304551	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304551	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.
304551	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colo entre outros insumos inerentes.
304551	
304551	

Protocolo	Justificativa
304551	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.
304551	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.
304551	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.
304551	Diante da indisponibilidade do site, informamos que desejamos excluir o inciso III da minuta de normativa : "III - os limites de exposição financeira;" Justificativa: A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304551	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
304551	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304551	
304551	

Protocolo	Justificativa
304551	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.
304551	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a deman no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, poi induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contrat em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/ano. Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a propos vai contra o risco moral exposto pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação perda). Da mesma forma, sobre a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando o impacto de todas as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕ ao comparar o resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positivo de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Estima-s que a sinistralidade aumente em 7,5 pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verifica-se que a manutenção da regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilizaçã dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades em 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304551	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
304551	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304551	
304551	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
304551	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvênc de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidad de isenções. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que
304551	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assert é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tip de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304551	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
304551	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
304551	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304551	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.
304551	
304551	

Protocolo	Justificativa
304551	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.
304551	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefi para os empregados das empresas contratantes.
304551	Exclusão do Parágrafo único. "A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela disposta quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação." Justificativa: Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuíz financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque a contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca-se ainda que, o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo-se as características do produto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304551	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304551	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imp de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/P qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de dife faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas e maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de rea Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversa proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, red riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimento, o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operad aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas, alé trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inace para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acesso a esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da e para a internação.

Protocolo	Justificativa
304551	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e ma capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimento, o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização d sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúd ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acesso a esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304551	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304551	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz

Protocolo	Justificativa
304551	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304551	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304551	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
304551	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304551	2025-01-29 16:21:14	Operadora
304556	2025-01-29 17:17:03	Entidade representativa de operadoras
304556	2025-01-29 17:17:03	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304551	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
304556	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Alteração
304556	- Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - franquia dedu□vel acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja a□ngido o valor previsto no contrato Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 5 como franquia; e II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, n	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304551	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;
304556	§ 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica; II - (...)
304556	Art. 10-A A fixação de franquia limitada por acesso, não impede a fixação de coparticipação, desde que relativo a procedimentos ou tipo de rede distinto observados os limites impostos neste normativo.

Protocolo	Justificativa
304551	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretan defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,6(no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% d carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquid
304556	As disposições previstas na Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamen odontológico em regime misto de pagamento, fundamentam a não incidência de limites para os planos odontológicos, sendo portanto a justificativa para a isenção da regra para os planos odontológicos. Porém, retirar essa justificativa da redação, a torna mais clara.
304556	Respeitar as realidades já existentes no mercado de planos que utilizam concomitantemente os dois fatores de moderação, ainda que adequados ao novo formato regulado.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304556	2025-01-29 17:17:03	Entidade representativa de operadoras
304556	2025-01-29 17:17:03	Entidade representativa de operadoras
304556	2025-01-29 17:17:03	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304556	- Art. 27 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração
304556	- Art. 23 da RN ANS nº 557, de 2022:	Exclusão
304556	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304556	Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste: I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em c que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da c terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à da de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade será apurada tomando por base a proporção entre as de
304556	
304556	

Protocolo	Justificativa
304556	1) Quanto ao índice de sinistralidade, tendo em vista que não existe a nomenclatura receita direta do plano nos demonstrativos contábeis e, para não gera dúvidas sobre a forma de apuração da sinistralidade, sugere-se com esse novo texto melhor detalhar quais são as despesas assistenciais a serem verificad e as receitas de contraprestações com a devida dedução do imposto direto (que atualmente tem previsão no plano de contas da ANS, conta 32). 2) Sobre a acumulação de índice, propôs a exclusão em razão de: Quando da apuração da necessidade de aplicação de um reajuste na mensalidade de um determinado plano, espera-se que ele seja suficiente para equilibr a situação econômico-financeira para os 12 meses futuros. Quando da vedação da aplicação de reajuste por sinistralidade conjugada com um reajuste financeiro (índice de preço), não está levando em consideração a necessidade de um ajuste para estabelecer o equilíbrio futuro daquele contrato. Melhor explicando, quando da apuração de um reajuste por sinistralidade, estima-se que o perfil de utilização dos beneficiários, observados nos últimos 12 meses, se manterá nos próximos 12 meses, ou seja, estima-se um mesmo padrão de frequência de utilização e custo médio dos procedimentos. Entretanto não inclusão de um índice de preço para prever a inflação nos próximos 12 meses irá ocasionar um reajuste insuficiente ao necessário para cobrir as despes futuras, pois minimamente espera-se que ocorra um aumento na tabela de remuneração dos prestadores de serviços por um índice de preços, o qual está previsto nos contratos entre prestadores e operadoras.
304556	A Lei 9656 apenas estabeleceu regras restritivas de rescisão em caso de planos individuais, em reconhecimento ao fato de que, em um contrato coletivo, de se privilegiar a autonomia da vontade das partes. O avanço da ANS para regular condições de rescisão em planos coletivos, portanto, distorce essa lógica Além disso, a possibilidade de rescisão a qualquer tempo possibilita evitar a permanência de contratos inviáveis, cuja manutenção pode comprometer toda carteira em determinados contextos. Por fim, a ANS tem cuidado de aumentar a regulação sobre esses tipos de contratos, o que garante equidade das condições, a exemplo das proposições em torno dos reajustes.
304556	Não há um índice único negociado com os prestadores que permita a adoção dessa regra. Lado outro, este normativo já dispõe no inciso IV, do art. 6º, que critérios de reajuste dos mecanismos financeiros devem estar previstos no contrato do plano, deixando claro se tratar de uma condição comercial que dev ficar a cargo das Operadoras estabelecerem as regras deste reajuste, o que conflita com esta disposição. As operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociação junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índice global de aplicação. Além disso, a coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusive, essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidade mais acessíveis, o que hoje é admitido na regulamentação, inclusive com previsão no RPC. Dessa forma, limitar o reajuste da coparticipação ao índice aplicado junto aos prestadores de serviço, principalmente nas negociações de contratos coletivo com empregadores, irá trazer um impacto negativo para o reajuste dos beneficiários pelos fatos mencionados anteriormente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304556	2025-01-29 17:17:03	Entidade representativa de operadoras
304556	2025-01-29 17:17:03	Entidade representativa de operadoras
304556	2025-01-29 17:17:03	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304556	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304556	- § 5º O reajuste previsto no parágrafo anterior deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses e não poderá ser aplicado quando inexis□r previsão contratual em relação aos seus critérios de aferição e aplicação.	Alteração
304556	- Art. 33 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304556	
304556	§ 5º O reajuste dos mecanismos financeiros de regulação deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses.
304556	Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as cober adicionais contratadas em separado, multa e juros.

Protocolo	Justificativa
304556	Conforme AIR do tema elaborado pela ANS “(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimento específicos.” Essa afirmativa é relevante uma vez que, embora a coparticipação seja instituto amplamente utilizado em diversos países, não se identifica um lista de isenção, o que corrobora o entendimento de que a cobrança de coparticipação, mesmo em procedimentos considerados necessários, não descaracteriza o conceito de risco moral. Além disso, no caso brasileiro, é bastante comum planos empresariais no qual o empregador arca com o valor da mensalidade e o empregado com a coparticipação, quando da utilização, não tendo esse caso a limitação ao conceito de risco moral e sim de copagamento Ademais, embora o AIR tenha mencionado não ter realizado estudo atual sobre o tema e aproveitado o material do Anexo da RN 433, trouxe um formato diverso daquele, combinando com a TUSS, inclusive com procedimentos sequer previstos no rol de procedimentos. Se o procedimento não está no rol por si já é um grande indicativo de que não haveria razões para não exigir coparticipação, podendo até mesmo definir a cobrança da integralidade do procedimen (nos termos da ressalva assegurada pelo art.1°, parágrafo único da Resolução Normativa n° 484, de 2022): “Art. 1º Fica vedada às operadoras de planos de assistência à saúde a operação de sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serem pagos diretamente pelo consumidor ao prestador dos serviços, bem como a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998. Parágrafo único. Não está incluído, na proibição de que trata este artigo, o oferecimento de serviços complementares aos planos definidos na Lei nº 9.656, 1998, desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.” Lado outro, O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS define a cobertura mínima obrigatória a ser assegurada nos planos de saúde regulamentados. Nesse sentido, qualquer procedimento previsto no Rol tem a mesma obrigatoriedade de cobertura dos demais, de forma que essas coberturas não são estabelecidas mediante juízo de valor referente à priorização, necessidade, hierarquia ou privilégio de um procedimento frente a outro. N se apresenta razoável, por conseguinte, criar um critério de diferenciação entre os procedimentos previstos no Rol, apenas com o fim de delimitar aqueles q podem ou não estar sujeitos a incidência de fator financeiro de regulação. A Sinog está ciente que na tabela da CP não há procedimento odontológico atualmente. Porém por se tratar de CP e que possa vir a ser proposto inclusão itens odontológicos, já registra a discordância sobre a existência de tabela de isenção predefinida.
304556	Manutenção da previsão do reajuste a cada 12 meses, entretanto, sem a necessidade de indicação dos critérios para aferição, tendo em vista, que as operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociaç junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índ global de aplicação. A coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusi essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidades mais acessíveis. Dessa forma, a definição de um critério único impossibilitará da realização de negociações entre as partes em períodos específicos.
304556	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade cobrada no boleto sem detalhamento de taxa permite o cruzamento de dados pelo fisco para que possa verificar os valores reportados na DMED são compatíveis com as mensalidades (e taxas) cobradas do usuário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304556	2025-01-29 17:17:03	Entidade representativa de operadoras
304556	2025-01-29 17:17:03	Entidade representativa de operadoras
304556	2025-01-29 17:17:03	Entidade representativa de operadoras
304556	2025-01-29 17:17:03	Entidade representativa de operadoras
304556	2025-01-29 17:17:03	Entidade representativa de operadoras
304556	2025-01-29 17:17:03	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304556	- § 6º É vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços de saúde dos valores devidos a □tulo de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado sempre à operadora de plano privado de assistência à saúde, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual. § 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respec□vo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato. § 8º Na modalidade de franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go, somente incidirá o limite de exposição	Exclusão
304556	- § 7º O limite previsto no § 2º deste ar□go não se aplica aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento.	Alteração
304556	- Art. 2º da RN nº 413, de 2016	Alteração
304556	- Art. 32 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração
304556	- § 1º A copar□cipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.	Inclusão
304556	- § 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão copar□cipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304556	
304556	§ 7º O limite previsto no § 2º deste artigo não se aplica aos planos de segmentação odontológica.
304556	É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
304556	Art. 32 (...) § 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagam beneficiário.
304556	§1º-A Nos planos exclusivamente odontológicos, a incidência da coparticipação pode ocorrer desde a autorização para realização do procedimento demar
304556	

Protocolo	Justificativa
304556	O impedimento de pagamento da franquia diretamente ao prestador pelo beneficiário, irá agravar de sobremaneira o risco de crédito desses contratos, sen que hoje já existe a previsão de o beneficiário poder realizar o pagamento diretamente ao prestador de serviço nos termos da Consu nº 8/98, sem problema relatados nessa operação. O glossário da saúde suplementar, inclusive até o ano de 2012, previa expressamente que a franquia sempre era paga ao prestador, o que foi excluído na revisões posteriores, porém sem mudança de conteúdo, uma vez que continua a previsão da Consu nº 8/98, e na proposta desta CP a não responsabilidade operadora por este pagamento. Ou seja, quando a operadora não é responsável não cabe a ela transitar o recurso financeiro, pois isso gera risco de crédito não é habitual nas atividades securitárias, quando se menciona não haver responsabilidade. Portanto, essa alteração traz mudança em um conceito internacionalmente conhecido, causando impacto negativo em quem lida com atividade securitária passará a ter dois conceitos para um mesmo instituto.
304556	As disposições previstas na Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamen odontológico em regime misto de pagamento, fundamentam a não incidência de limites para os planos odontológicos, sendo portanto a justificativa para a isenção da regra para os planos odontológicos. Porém, retirar essa justificativa da redação, a torna mais clara.
304556	Manter a redação original: “É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.” Ofertar planos de saúde em plataforma digital possui impactos financeiros diretos que não foram apurados no AIR (criação, desenvolvimento, manutenção plataforma e sistemas), além de impactos operacionais na revisão de fluxos e integração com os parceiros que comercializam esses tipos de produtos. Essa situação é ainda mais gravosa quando não se verifica avaliação por porte, classificação e tipo de atenção, pois certamente os problemas regulatórios s diferentes. A título exemplificativo, o AIR disponível no site sobre o tema vincula a obrigatoriedade da oferta online ao combate à seleção de risco. Ocorre q na modalidade de planos odontológicos, por exemplo, não há queixas de seleção de risco e tampouco ausência de ofertas de planos individuais. Do mesm modo, as entidades de autogestão concentram o maior número de idosos, também não parecendo fazer sentido falar de seleção de risco. Portanto, sem o avanço do AIR dentro dos parâmetros definidos na RN 548 (porte, classificação e tipos de atenção), sugere-se manter a redação atual no qual é facultativa oferta da venda on-line.
304556	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade do mês anterior pode confundir o beneficiário, por poder estar composta de juros, multa coparticipação, dentre outros aspectos sequer de conhecimento da operadora, como ocorre no caso de mensalidades cobradas sobre percentual de salário descontados diretamente pelo empregador.
304556	Em regra, os tratamentos odontológicos têm prazos mais longos dos que os tratamentos médicos, o que resulta, durante esses tratamentos, uma maior rotatividade dos beneficiários em razão de cancelamentos de planos, dispensa de empregados, entre outros. Nesse sentido, sugere-se que na definição d coparticipação, para os produtos exclusivamente odontológicos, que seja definida a possibilidade facultativa de incidência do valor do respectivo fator moderador, tanto quando da autorização que vier a ser dada para os procedimentos, quanto após a realização dos tratamentos odontológicos. Conforme relatório do AIR, há países em que a coparticipação é cobrada antes da realização do procedimento.
304556	Há necessidade do beneficiário ter acesso às informações sobre os procedimentos que terão coparticipação, porém listá-los individualmente no contrato apenas tornará o documento volumoso, sem benefício ou facilidade de consulta. Além disso, dado que há revisão do rol frequentemente, com incorporação automática nos produtos, a listagem dentro do contrato torna-se obsoleta em pou tempo após a sua celebração, assim, o que seria transparência, acaba não servindo para consulta no dia a dia, além de poder gerar interpretações equivocadas pelo beneficiário/judiciário, tendo em vista que existem alguns procedimentos que possuem o mesmo código TUSS, mas que com uma diretriz coberta pelo rol de procedimentos e por outra diretriz não possui cobertura.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304557	2025-01-29 17:22:01	Operadora
304557	2025-01-29 17:22:01	Operadora
304557	2025-01-29 17:22:01	Operadora
304557	2025-01-29 17:22:01	Operadora
304557	2025-01-29 17:22:01	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304557	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
304557	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304557	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304557	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
304557	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304557	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 30 (trinta) dias após a publicação desta Resolução.
304557	
304557	
304557	3. Os procedimentos que fazem parte do Anexo I devem ser isentos na hipótese do beneficiário participar voluntariamente de algum programa de saúde pro pela Operadora.
304557	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 19 tenham sido contratados antes e após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, inclusive os alcançados pela Súmula Normativa nº 05, d dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa.

Protocolo	Justificativa
304557	Se a norma já entrará em vigor em 01/01/2026, não tem sentido esperar 9 meses para a publicação da IN sobre a revisão tecnica, devendo esse prazo ser 30 dias.
304557	Essa meta de sinistralidade representa uma intervenção estatal incompatível com as leis econômicas e a própria Constituição Federal. Além disso o parâme de 75% traria uma insegurança ao equilibrio economico das Operadoras. Além disso, as empresas de pequena e medio porte não conseguem diluir o cust administrativo, o que em curto e médio prazo somente fomentaria as aquisições das pequenas e médias empresas, promovendo a concentração de mercad das empresas grandes. E a concentração do mercado de saúde suplementar somente nas mãos das grandes empresas causaria prejuízo aos consumidore
304557	Exclusão do artigo 37, para que seja mantido o agrupamento de 29 vidas, pelas relevantes razões: 1. Essas empresas entram com tabelas de preços pré definidas, com carencia, CPT, consequentemente a sinistralidade é mais equilibrada. 2. Empresas acima de 29 vidas possuem poder de negociação e podem ter preços menores, e por entrarem sem carencia e CPT, possuem sinistralidade m elevada. Por fim, observemos que no nosso caso, que temos uma considerável fatia de contratos pessoa f´ísica e os contratos empresariais representam 99,8% de empresas com até 1.000 vidas. Logo, restaria somente 0,2% de margem de clientes que teriam a possibilidade de livre negociação. Consequencias da manutenção desse artigo 37: 1. Estrangulamento das Operadoras de pequeno e médio porte, não terão clientes empresariais com mais de 1.000 vidas. 2. Evasão de empresas pequenas, por receberem percentual de reajuste superior ao necessário, quando o agrupamento ocorresse em empresas semelhan a elas. 3. Livre negociação prejudicada em confronto à Constituição Federal.
304557	Existem códigos que são conflitantes em sua isenção, ex: consultas médicas com generalistas e com ginecologistas em caso de gestação, uma vez que c código TUSS é o mesmo. É absolutamente importante a adesão dos beneficiários aos programas de saúde promovidos pelas Operadoras, e portanto a isenção para essa população c está engajada com seu cuidado se torna um estimulo para a promoção de saúde e prevenção de doenças. Por fim, é absolutamente inviável isentar por faixa etária, sobretudo pela falta de parametrização, e além disso, a pessoa pode até fazer aniversário entre a liberação e a efetiva cobrança o que inviabiliza esse tipo de operação.;
304557	Necessário que os contratos pre regulamentados também possam ser submetidos à revisão técnica considerando que ao longo do tempo esses contratos configuram valores irrisórios, e não há estimulo para que os beneficiários procurem a migração ou adaptação. E pela dificuldade de redação antiga desses contratos, acabam provocando situações de liberação de tudo que está no rol, ou ainda, estimulando a judicialização.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304557	2025-01-29 17:22:01	Operadora
304557	2025-01-29 17:22:01	Operadora
304570	2025-01-30 07:15:16	Operadora
304571	2025-01-30 07:36:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304557	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304557	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
304570	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
304571	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304557	
304557	
304570	
304571	

Protocolo	Justificativa
304557	Excluir somente o item "i" do artigo 3o, pois o fato da Operadora já estar em insolvência revela seu "estado terminal": que é muito grave, de dificil recuperaçã e portanto não surtiria o efeito desejado. Portanto, cada modalidade de contratação deve ter seu próprio equilibrio economico.
304557	Inviabilidade do limite anual e mensal, pois: 1. O Sistema Operacional não possui possibilidade de parametrização de todas as regras estabelecidas nesse artigo, principalmente quanto ao limite mensa anual., considerando que a co-part é recuperação de despesa, e com esses limites, haverá considerada perda de receita impactando numa tabela de venda com preços mais altos e dificultando acesso ao plano por parte da população. 2. Com a evasão dos planos, haverá uma alta migração para o SUS 3. Caso permaneça esse modelo sugerido, a tendência será a oferta de planos sem coparticipação e consequentemente com preços elevados. 4. Essa norma pode incentivar a troca de contratos anteriores à sua vigência, dentro da mesma Operadora, causando sérias consequencias financeiras. 5. Poderá incentivar o uso indiscriminado, considerando o teto sugerido.
304570	A intervenção do órgão regulador sobre como as empresas comercializam seus produtos contraria normas constitucionais e legais. A exigência de comercialização online pode aumentar fraudes, prejudicando as operadoras. A contratação de planos de saúde não é comparável à compra de produtos comuns, e a venda online pode gerar desinformação, dificultando a compreensão das cláusulas. A digitalização facilita fraudes, como documentos falsificad já visto no setor bancário. Além disso, exige-se que as operadoras ofereçam infraestrutura para entrevistas presenciais e perícias médicas, o que acarreta custos adicionais. No caso da contratação de planos coletivos online por empresários individuais, podem surgir problemas de reajuste e de uso indevido d serviços de urgência/emergência, demandando regulação específica para cobrança. Essa obrigatoriedade afeta negativamente as operadoras menores, qu têm dificuldade em arcar com a estrutura necessária, favorecendo a concentração do mercado nas grandes empresas. Por fim, considerando os desafios fraudes no setor bancário com a digitalização, é fundamental que a contratação online continue sendo opcional.
304571	A revisão técnica deve ser requisito para concessão, não para solicitação, bastando que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve vincular a comercialização de planos individuais à revisão técnica; as operadoras devem ter liberdade para escolher a modalidade de plano. A revisão surge quando h déficit, exigindo um estudo que comprove o impacto financeiro do grupo na operadora, sem práticas como concorrência predatória. No mercado atual, onde reajustes para planos individuais são uniformes, é essencial que a ANS permita alternativas para garantir a sustentabilidade dos contratos, respeitando as particularidades de cada operadora. O desequilíbrio financeiro não pode ser resolvido apenas com reajustes, e a impossibilidade de equilibrar os pactos fer princípios contratuais. Sugere-se, alternativamente, um termo de compromisso para que as operadoras comprovem a comercialização após a revisão técnic A necessidade de ajustes em contratos legado não justifica interferências na estratégia comercial. Se o texto for mantido, é necessário definir o termo "continuada". Mediante o exposto, solicitamos a exclusão do inciso III do art. 3º.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304571	2025-01-30 07:36:19	Operadora
304571	2025-01-30 07:36:19	Operadora
304571	2025-01-30 07:36:19	Operadora
304571	2025-01-30 07:36:19	Operadora
304571	2025-01-30 07:36:19	Operadora
304571	2025-01-30 07:36:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304571	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304571	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração
304571	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
304571	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
304571	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304571	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304571	
304571	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida peloInstituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.
304571	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da R Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicaçãodesta Resolução.
304571	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
304571	
304571	

Protocolo	Justificativa
304571	Não há contrapartidas a serem exigidas, além de um estudo que elimine futuras revisões técnicas. O texto é subjetivo, com definições vagas sobre "outras contrapartidas", dificultando o planejamento das operadoras de saúde. Ressalta-se que este instrumento é uma exigência, não um benefício, para garantir continuidade dos serviços assistenciais. Mediante o exposto, solicitamos a exclusão do parágrafo único do art. 4º.
304571	Sugere-se que a ANS se baseie no Pronunciamento Atuarial CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica do IBA, que oferece critérios técnicos essenciais para a revisão de carteiras de planos de saúde. O IBA é responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais, considerando tanto o aspec técnico quanto os princípios da área.
304571	Estudos mostram que os planos individuais têm um déficit claro, indicando a necessidade urgente de uma revisão técnica. Isso beneficiará as operadoras se produtos individuais ativos e melhorará o cenário geral. Para acelerar a normativa, sugere-se que a ANS siga o Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 3 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, que oferece critérios relevantes para a revisão atuarial de carteiras de planos de saúde.
304571	A norma deve ser implementada rapidamente, pois muitas operadoras têm planos individuais deficitários. As carteiras individuais dependem do financiamen dos planos coletivos, com sinistralidade superior a 90%. Portanto, é urgente a aplicação dessa normativa.
304571	Não há contrapartidas a exigir, além de um estudo que elimine futuras revisões técnicas e a comunicação prévia aos beneficiários, conforme a minuta. Est instrumento é uma exigência para garantir a continuidade dos serviços assistenciais, não um benefício. A ANS não deve vincular a comercialização de plan individuais à revisão técnica, devendo as operadoras escolher sua modalidade de planos. Sugere-se que, alternativamente, as operadoras possam comprov a comercialização após a revisão por meio de um termo de compromisso. A necessidade de ajustes em contratos legado não justifica interferências na estratégia comercial das operadoras. Mediante o exposto, solicitamos a exclusão do inciso III do art. 4º.
304571	Não há contrapartidas, além de um estudo que elimine futuras revisões técnicas e a comunicação prévia aos beneficiários, conforme a minuta. Este instrumento é um direito das operadoras, essencial para garantir a continuidade dos serviços assistenciais. A ANS não deve vincular a comercialização de planos individuais à revisão técnica, pois as operadoras devem escolher a modalidade de plano. Alternativamente, sugere-se um termo de compromisso pa comprovar a comercialização após a revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304571	2025-01-30 07:36:19	Operadora
304571	2025-01-30 07:36:19	Operadora
304574	2025-01-30 07:57:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304571	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
304571	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304574	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304571	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat
304571	
304574	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas.

Protocolo	Justificativa
304571	É necessário incluir todos os planos não regulamentados, pois sua defasagem gera prejuízos significativos, podendo levar à falência da operadora, especialmente para aquelas com grande carteira de planos não regulamentados. Por exemplo, a Unimed Sergipe tem mais de 60% de sua carteira nessa situação, e sem a revisão técnica e o financiamento dos planos coletivos, a longo prazo, a operação será insustentável.
304571	A proposta da ANS de manter critérios cumulativos não é viável, pois não faz uma análise distinta das carteiras de planos individuais e coletivos. Excluir o inciso I é essencial para evitar desestimular a oferta de planos individuais, que são deficitários. Quando a operadora enfrenta risco de solvência, toda a carte está comprometida, tornando a revisão técnica ineficaz devido aos processos burocráticos envolvidos. Estudos atuariais da Unimed, com dados de 279 operadoras, mostram sinistralidade superior a 90% nos planos individuais de out/21 a set/24, muito acima dos planos coletivos. Isso torna urgente a revisã técnica para evitar o financiamento dos planos individuais pelos coletivos, o que prejudicaria a sustentabilidade da saúde suplementar a longo prazo. Quanto critério de elegibilidade, não faz sentido priorizar a análise geral da carteira, pois os dados indicam que a sinistralidade dos planos individuais é consistentemente maior, com os planos coletivos subsidiando os resultados globais. As propostas da CP nº 145 sobre reajuste de planos coletivos e regulaç financeira impactarão negativamente o resultado global, pois o financiamento dos planos coletivos diminuirá. Até que a operadora atenda ao critério de desequilíbrio econômico-financeiro, a sinistralidade dos planos individuais será mais alta, dificultando a reversão e elevando os impactos aos beneficiários p mais tempo. Nos exemplos apresentados, a operadora não seria contemplada, pois a sinistralidade não atinge 83%, devido ao financiamento dos planos coletivos. Sem considerar esse cenário, a revisão técnica não será possível, já que os planos coletivos financiam os individuais, desestimulando sua oferta. o critério de solvência for mantido, a operadora poderá enfrentar dificuldades tão grandes que não será possível recuperar a situação econômica. Sugere-s que a ANS adote o indicador de sinistralidade de 75% como parâmetro para conceder a revisão técnica nos planos individuais, da mesma forma que é feit para os planos coletivos.
304574	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS causará problemas operacionais, como cancelamentos e renegociações em massa, prejudicando o equilíbrio atuarial. No Sistema Unimed, 98% dos contratos coletivos possuem até 100 vidas, enquanto acima de 1000 vidas são apenas 32%. Estudos atuari mostram que essa proposta aumentaria em 4,84 p.p. a sinistralidade no Sistema Unimed Mineiro (set/24 a ago/25), com 80% da receita no pool de risco e 1 operadoras com reajuste único. Sugere-se adotar 100 vidas como número mínimo para contratos coletivos empresariais, permitindo que operadoras maiore ajustem conforme o porte. Manter a negociação entre operadoras e empresas é essencial para preservar a liberdade econômica e evitar que as empresas percam interesse na contenção dos custos assistenciais, prejudicando o mercado.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304574	2025-01-30 07:57:19	Operadora
304574	2025-01-30 07:57:19	Operadora
304574	2025-01-30 07:57:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304574	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração
304574	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão
304574	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304574	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze r consecutivos;
304574	
304574	

Protocolo	Justificativa
304574	Manter a combinação do reajuste técnico e financeiro com uma fórmula simples para todos no contrato coletivo. O índice de preço visa recompor a inflação d últimos 12 meses, enquanto o reajuste por sinistralidade busca equilibrar o contrato deficitário e garantir a sustentabilidade da operadora e do plano. As diferentes naturezas jurídicas devem ser destacadas para assegurar equilíbrio e transparência nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permitir a combinação do reajuste técnico e financeiro com a fórmula: Reajuste Final = (1 + Reajuste Técnico%) x (1 + Índice Financeiro% 1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta - 1; 0] A fórmula é simples e pode ser explicada pelas operadoras com apoio da ANS. Beneficiários de planos individuais não compreendem o cálculo da ANS, mas reajuste é aplicado. O Relatório de Análise de Impacto Regulat´´ório destaca que a maior transparência no índice de reajuste, aumento do agrupamento e limitação de rescisão contratual pode elevar o preço de entrada dos planos coletivos, reduzindo os beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde pública e estimulando clínicas populares e cartões de desconto.
304574	A normativa prejudica a livre concorrência ao incluir contratos com perfis de risco distintos no agrupamento, além de conflitar com a finalidade da administradora de benefícios, considerando o mutualismo já estabelecido pelo estipulante do contrato. Por este motivo, solicitamos a exclusão do parágraf 5º.do art. 40.
304574	Quanto ao reajuste financeiro, deve-se incluir subíndices setoriais públicos e oficiais da saúde, pois atualmente não são considerados. Sem isso, a ANS fica limitada a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem os custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, deve-se buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses ultrapassar a meta. Porém, este modelo retrospectivo não é suficiente para cobrir despesas assistenciais futuras. Além disso, é necessário avaliar a diferença de reajuste com base na meta de sinistralidade, considerando o porte da operadora. Mediante o exposto, solicitamos exclusão da alinea a do inciso V do art. 27.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304574	2025-01-30 07:57:19	Operadora
304574	2025-01-30 07:57:19	Operadora
304574	2025-01-30 07:57:19	Operadora
304574	2025-01-30 07:57:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304574	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração
304574	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração
304574	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Inclusão
304574	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304574	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a s considerada para a formação do agrupamento.
304574	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)
304574	§ 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento.
304574	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação préviaao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Protocolo	Justificativa
304574	Recomenda-se que a ANS diferencie o porte das operadoras para equilibrar a diluição de riscos e o poder de negociação das menores. Sem essa diferenciação, pode haver problemas operacionais, como cancelamentos e renegociações em massa, prejudicando o pool de risco e o equilíbrio atuarial. Sugere-se aumentar o número mínimo de vidas para 100 em contratos coletivos empresariais, com ajustes conforme o porte das operadoras maiores. Mant a negociação entre operadoras e empresas é essencial para a saúde do mercado e para preservar a liberdade econômica. A padronização de reajustes prejudicaria o interesse das empresas em controlar custos assistenciais, afetando negativamente o mercado.
304574	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS causará problemas operacionais, como cancelamentos e renegociações em massa, prejudicando o equilíbrio atuarial. No Sistema Unimed, contratos com até 100 beneficiários representam 98%, enquanto contratos acima de 1000 beneficiários são apena 0,32%. Estudos atuariais mostram que, no Sistema Unimed Mineiro, a proposta elevaria a sinistralidade em 4,84 p.p. (set/24 a ago/25), com 80% da receit vinculada ao pool de risco e 11 operadoras com reajuste único. Sugere-se aumentar o número mínimo de vidas para 100 em contratos coletivos, permitindo que operadoras maiores adotem números adequados ao porte c contratos. Manter a negociação entre operadoras e empresas é essencial para a saúde do mercado e a liberdade econômica, evitando que as empresas percam interesse na contenção dos custos assistenciais.
304574	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS causará problemas operacionais, como cancelamentos e renegociações em massa, prejudicando o equilíbrio atuarial. No Sistema Unimed, 98% dos contratos coletivos possuem até 100 vidas, enquanto acima de 1000 vidas são apenas 32%. Estudos atuari mostram que essa proposta aumentaria em 4,84 p.p. a sinistralidade no Sistema Unimed Mineiro (set/24 a ago/25), com 80% da receita no pool de risco e operadoras com reajuste único. Sugere-se adotar 100 vidas como número mínimo para contratos coletivos empresariais, permitindo que operadoras maiore ajustem conforme o porte. Manter a negociação entre operadoras e empresas é essencial para preservar a liberdade econômica e evitar que as empresas percam interesse na contenção dos custos assistenciais, prejudicando o mercado.
304574	Nos contratos de plano de saúde coletivos, especialmente empresariais, prevalece a autonomia das partes, conforme o art. 421 do Código Civil, permitindo rescisão imotivada para garantir o melhor interesse das partes. Essa prática é válida para manter o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrênci respeitar a liberdade contratual. O prazo de rescisão não deve depender da data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE discu relações entre pessoas jurídicas com igual poder de negociação, sem que uma seja considerada hipossuficiente. Em casos de fraudes, prazos de aviso pré e rescisão podem agravar prejuízos, incentivando uso excessivo do contrato e impactando outros beneficiários. O prazo de 60 dias dificulta a gestão de risc afeta a liquidez e o fluxo de caixa das operadoras, especialmente em situações de alta sinistralidade ou aumento de custos inesperados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304574	2025-01-30 07:57:19	Operadora
304574	2025-01-30 07:57:19	Operadora
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304574	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
304574	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
304577	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão
304577	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304574	
304574	
304577	
304577	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS paraosplanos individuais/familiares e, nos casos dos c coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.

Protocolo	Justificativa
304574	Deve ser mantida a combinação do reajuste técnico e financeiro, com uma fórmula simples para todos no contrato coletivo. Os índices têm finalidades distin e complementares: o índice de preço visa recompor a inflação dos últimos 12 meses, enquanto o reajuste por sinistralidade busca equilibrar financeiramente contrato deficitário, garantindo a sustentabilidade da operadora e do plano. A combinação dos índices assegura a transparência nas relações assistenciais. reajuste anual restaura o equilíbrio financeiro do contrato, combinando índice de preço, reajuste técnico e variações futuras. A sinistralidade reflete a relaçã entre custos e receitas, e o reajuste técnico ajusta valores conforme o risco. O reajuste por preço atualiza os custos gerais conforme a inflação, e as variaçõ futuras consideram fatores como demanda e novas tecnologias. Limitar o reajuste sem acumulação força as operadoras a escolher entre ajustar com base inflação ou sinistralidade, não refletindo adequadamente a realidade financeira de todos os contratos, gerando dificuldades financeiras e comprometendo a viabilidade. Aplicar apenas o reajuste por sinistralidade não corrige adequadamente os custos futuros e perpetua um ciclo de reajustes, aumentando a sinistralidade. A vedação da acumulação acentua a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de alta inflação, prejudicando o equilíbrio e a sustentabilidade dos contratos. O índice financeiro cobre os impactos das novas coberturas do Rol de Procedimentos, não precificadas inicialmente, mas que farão parte do custo futuro do contrato. Ele é uma visão prospectiva, mas pode não ser suficiente para cobrir os custos do próximo período. Mediante o exposto, solicitamos a exclusão do inciso V do art. 27.
304574	Acreditamos que a ANS não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse adotada como meta nos contratos coletivos, pois isso violaria o princípio d livre iniciativa e a lei de liberdade econômica, além de promover a indexação do setor. A meta de sinistralidade deveria ser baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora, pois uma meta imposta pela ANS limitaria a liberdade econômica e prejudicaria a competitividade e o equilíbrio econômic especialmente para pequenas e médias operadoras. Estudos mostram que 169 operadoras têm despesas não assistenciais acima de 25%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). O ganho de escala em operadoras de menor porte não é tão expressivo quanto em grandes operadoras, e a sinistralida de 75% comprometeria a capacidade financeira das pequenas e médias operadoras. A meta de sinistralidade deve ser determinada pelas necessidades e estratégias de cada operadora, não padronizada. Ela deve variar conforme o porte e a região, com base nas diretrizes de subscrição e nos carregamentos d contratos, como previsto na Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP). Portanto, a imposição de uma meta mínima de sinistralidade não se justifica, po limitaria a liberdade econômica das operadoras e enfraqueceria seu equilíbrio financeiro. Mediante o exposto, solicitamos a exclusão da alinea b do inciso V art. 27.
304577	O STF, na ADPF 532, definiu que a ANS não tem competência para regular mecanismos financeiros, sendo essa atribuição do CONSU. Assim, a ANS contrariando o STF encontrará obstáculos processuais e judiciais.
304577	A legislação atual (RN 565) já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste do plano individual. Vincular ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de complicar conforme o reajuste de cada prestador. Nos contratos coletivos, deve prevalecer a vontade das partes, com a devida informação RPC, como ocorre atualmente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304577	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
304577	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304577	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
304577	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão
304577	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
304577	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304577	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;
304577	
304577	
304577	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colo entre outros insumos inerentes.
304577	
304577	

Protocolo	Justificativa
304577	A redação deve excluir os limites previstos, especialmente no art. 5º. O Sistema Unimed não é contra limites, mas defende que o contrato defina percentual procedimento e teto máximo de valores. Os estudos mostram que, mesmo sem considerar o aumento de frequência, para as Cooperativas Médicas de San Catarina, os limites propostos gerarão um aumento de 10,60% no custo líquido, resultando em R$ 413,3 milhões de prejuízo. O maior impacto será nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.
304577	Em conformidade com o princípio constitucional (art. 5º, XXVI da CF/88), a retroatividade da norma gera insegurança jurídica, judicialização e prejuízos incalculáveis às operadoras. Mudanças dessa natureza não resistem a cálculos atuariais. Portanto, os contratos vigentes devem manter as regras atuais, permitindo negociação sem vinculação às novas normas, pois as contratantes podem não concordar, prejudicando a operadora frente ao órgão regulador Ressalta-se que o aumento de custos dos planos, devido à redução de percentuais, valores e limitações de coparticipação, não configura reajuste, mas readequação de preços pela revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções, mantendo as características do produto. Mediante o exposto, solicitamos a exclusão do parágrafo único do art. 13.
304577	A redação proposta exclui a possibilidade de cobrar valores remanescentes nos períodos subsequentes, o que é prejudicial. A norma deve permitir que a cobrança comece após o evento e não dentro do ano do contrato, evitando ações oportunistas (como procedimentos perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar excedentes ao limite anual, conforme a prescrição civil. Além disso, a cobrança da coparticipação deve ocorrer em mese diferentes da realização do procedimento, devido ao regime de intercâmbio. Com as isenções e limites propostos, os preços dos planos de saúde aumentará Para precificar corretamente, a operadora terá que elevar o valor das contraprestações. É possível que os estudos da ANS no RAIR não tenham considerad esse impacto, o que pode resultar em redução de usuários na saúde suplementar, sobrecarga no SUS e estímulo ao uso de cartões de desconto como benefício empresarial.
304577	A ANS deve esclarecer a aplicação da proposta em contratos ambulatoriais e incluir um dispositivo definindo "procedimento", para abranger materiais, medicamentos, taxas, diárias, órteses, próteses, aparelhos cocleares, DIU e bolsas de colostomia, evitando autuações por interpretações equivocadas.
304577	A redação deve ser excluída com a adoção do modelo de coparticipação sugerido. Para garantir transparência e previsibilidade, defendemos um modelo em que o contrato defina percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação, com valor máximo de R$500,00, considerando o atendimento prestado pela operadora.
304577	O STF, na ADPF 532, decidiu que a ANS não tem competência para regular mecanismos financeiros, sendo essa atribuição do CONSU. Assim, a insistênc da ANS em disciplinar o tema, contrariando o STF, provavelmente enfrentará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304577	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
304577	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
304577	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304577	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
304577	
304577	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz

Protocolo	Justificativa
304577	Para evitar argumentos sobre imprevisibilidade, o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo de valores. Exemplo: um exame de alta complexidade pode ter 50% de coparticipação, mas o valor pago pelo beneficiário não pode exceder R$500,00, considerando o custo final do atendimento. Estudo indica que, só para as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando todas a propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto será de mais de 413 milhões de reais. A ANS reconhece que haverá aumento n preço do AIR: "Operadoras com valores de coparticipação maiores que os fixados poderão aumentar os preços, pois o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao fator moderador cobrado. Uma regulamentação bem definida reduzirá riscos." Impor limites de exposição financeira aumenta risco para as operadoras, pois terão que absorver custos acima do limite, elevando seus custos e necessidade de aumentar mensalidades. Isso tornaria os planos de saúde mais inacessíveis e ampliaria a exclusão, favorecendo a seleção adversa, com beneficiários mais necessitados permanecendo no plano. S considerarmos o aumento de frequência, devido à flexibilização da coparticipação, os impactos nas Cooperativas Médicas de SC serão ainda mais graves, c aumento de 42,48% no custo líquido, reduzindo o resultado líquido em R$ 1,66 bilhões. A coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência permitindo maior acesso ao setor de saúde suplementar, conforme demonstrado pelo crescimento de planos coparticipativos. Baseado nos estudos e no entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp 2083936, REsp 2.001.108), a coparticipação pode ser estabelecida em até 50% do valor do procedimento. imposição de limites causará efeitos contrários, aumentando as utilizações desnecessárias e desperdícios. O beneficiário, funcionando como auditor, não s preocupará em controlar custos, pois não terá impacto direto nas cobranças.
304577	A proposta carece de embasamento técnico e é difícil de entender tanto para beneficiários quanto para operadoras, como a coparticipação limitada à metad do limite de exposição financeira mensal em pronto-socorro. Isso pode estimular o uso excessivo do PS/PA, prejudicando a qualidade da assistência e crian discriminação de cobrança por faixa etária. Segundo estudo, o impacto para as Unimeds de Santa Catarina será de R$ 47 milhões. Sem contar o aumento d frequência, o impacto pode ultrapassar R$ 413 milhões. A ANS reconhece que haverá aumento do preço: “Operadoras que praticarem coparticipação maio terão aumento nas contraprestações, pois a mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao fator moderador.” Além disso, a aplicação da proposta exigirá sistemas complexos de monitoramento, elevando custos operacionais e tornando os planos mais caros e inacessíveis. A ANS precisa esclarecer cor essa proposta se aplicará aos contratos ambulatoriais. Sugere-se que o atendimento em pronto-socorro siga a mesma regra dos outros procedimentos ambulatoriais, sem considerar a evolução para internação.
304577	A proposta carece de embasamento técnico, e algumas medidas são difíceis de entender para beneficiários e operadoras, como a coparticipação limitada metade do limite de exposição financeira mensal para atendimentos de pronto-socorro. Como apontado no AIR, até fiscais terão dificuldades com a regra proposta. Limitar o valor monetário do atendimento em pronto-socorro à metade do limite de exposição financeira mensal incentivará o uso excessivo desse serviços. Isso afetará a qualidade da assistência, gerando distinção de cobrança entre faixas etárias dentro do mesmo contrato. Beneficiários mais jovens podem ser levados a usar mais o PS/PA, enquanto os mais velhos podem evitar devido ao custo. O impacto, só para as Unimeds de SC, será de mais de R$ milhões. Mesmo sem considerar o aumento de frequência, o impacto para as Unimeds de SC será de mais de R$413 milhões. A ANS reconhece que haver aumento de preços: "Operadoras com coparticipação maior que a fixada poderão aumentar os valores das contraprestações, já que a mensalidade tende a s inversamente proporcional ao fator moderador". Sugere-se que o atendimento em pronto-socorro siga a mesma regra dos procedimentos ambulatoriais, sem necessidade de considerar a evolução para internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304577	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304577	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão
304577	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304577	
304577	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.
304577	

Protocolo	Justificativa
304577	A isenção de coparticipação proposta pode aumentar os custos da saúde suplementar, afastando parte da população e sobrecarregando o SUS. Isso tambe incentivaria o uso excessivo dos serviços, elevando os custos assistenciais e os preços dos planos. A coparticipação é um mecanismo de controle de frequência e participação do setor de saúde suplementar. Estudos mostram que, entre outubro de 2023 e setembro de 2024, as isenções sobre 4 consultas/ano causariam um impacto de mais de R$ 74 milhões apenas nas Unimeds de Santa Catarina. A média de 4 consultas por ano, indicada pela OMS, revela que a proposta aumentaria o risco moral, induzindo ao u desnecessário dos serviços. A isenção de exames pré-natal teria um impacto adicional de mais de R$ 10 milhões. Se todas as propostas forem implementadas, o impacto será significativo, resultando em um aumento de sinistralidade de 7,5 pontos percentuais, com o saldo das cooperativas médicas Santa Catarina passando de R$ 270,5 milhões para R$ -142,8 milhões. No Paraná, as isenções elevariam os preços dos planos com coparticipação em 23,23% a 40,28%, dependendo do tipo de contrato, o que dificultaria o acesso ao plano de saúde, principalmente para pequenas e médias empresas. Isso promoveria a elitização do setor e o crescimento de clínicas populares e cartões de desconto, que oferecem atendimento precário. Com isso, muitas operadoras podem enfrentar insolvência, o que afetaria a assistência e o acesso à saúde suplementar. A proposta, com tantas isenções, transformaria os planos coparticipativos, prejudicando os consumidores. Portanto, sugerimos que a ANS considere a isenção de apenas 2 consultas médicas por ano e limite isenções de exames pré-natal às consultas complementares, para garantir a viabilidade do setor e o acesso de todos à saúde. A ANS deve analisar e refut os estudos apresentados antes de confirmar as propostas na CP 145.
304577	Sugerimos que, para incentivar a sustentabilidade do setor e garantir acesso à saúde preventiva, as isenções propostas sejam afastadas para beneficiário vinculados a produtos de Atenção Primária à Saúde ou programas Promoprev. Isso estimularia a participação em programas de prevenção e incentivaria a operadoras a criá-los, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. A ANS deve apoiar essa prática, alinhada às propostas recentes da DIDES.
304577	Para evitar argumentos sobre imprevisibilidade, sugerimos que o contrato defina um percentual por procedimento e teto de valores. Exemplo: um exame d alta complexidade poderia ter até 50% de coparticipação, mas o pagamento do beneficiário não ultrapassaria R$500,00. Essa mudança impactará as empre contratantes, que poderão reduzir ou cancelar subsídios aos colaboradores, diminuindo o mercado consumidor. Com menos beneficiários no Sistema de Saúde Suplementar, os custos fixos aumentam, agravando déficits do SUS. Limites de exposição financeira anuais e mensais trarão desafios operacionais exigindo sistemas mais robustos para monitorar os pagamentos dos beneficiários. O custo operacional será elevado, tornando as regras inviáveis para as operadoras, que precisarão de mais investimentos em tecnologia e pessoal. Se a frequência de utilização aumentar, os impactos para as Cooperativas Médicas de SC serão ainda maiores, com uma queda de 42,48% no resultado líquido (R$ 1,66 bilhões). A coparticipação deve controlar a frequência e perm maior acesso à saúde suplementar. Com base em estudos e no entendimento do STJ (ex: REsp 1848372, REsp 2083936, REsp 2.001.108), deve ser estabelecido um limite de 1 mensalidade/mês. O impacto dessa proposta nas Unimeds de SC será de mais de R$ 100 milhões (2,75%), e, sem considerar aumento de frequência, mais de R$ 413 milhões. A ANS reconhece que o valor de coparticipação pode aumentar os preços, como citado no AIR: “Operador com valores maiores podem ter aumento nas mensalidades”. Contudo, esse risco não pode ser ignorado, pois existem alternativas com menor impacto. A imposição de limites financeiros aumentará o risco das operadoras, que absorverão custos adicionais, elevando mensalidades e tornando os planos inacessíveis. Isso pode ampliar a exclusão de acesso e incentivar a seleção adversa, com beneficiários mais necessitados permanecendo nos planos. Mediante o exposto, solicitamos a exclusão do inciso II.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304577	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
304577	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração
304577	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304577	
304577	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-ácobrar coparticipação em perce sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.
304577	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Protocolo	Justificativa
304577	Para evitar imprevisibilidade, o contrato deve prever percentuais por procedimento e um teto máximo de coparticipação. Exemplo: um exame de alta complexidade pode ter até 50% de coparticipação, mas o valor máximo a ser pago pelo beneficiário seria de R$ 500,00, considerando o custo total. O impac dessa proposta nas Unimeds de Santa Catarina é superior a R$ 100 milhões (2,75%). Considerando o aumento da frequência, o impacto será acima de R 413 milhões. A ANS reconhece que haverá aumento no preço das mensalidades, especialmente para operadoras com coparticipação maior que a estipulada que pode levar à elitização do plano de saúde e exclusão de muitos beneficiários e empresas. Esse aumento de custos tornará os planos inacessíveis para b parte da população, promovendo a seleção adversa e estimulando o uso de cartões de desconto e clínicas populares com serviços precários. Além disso, a operadoras terão que assumir maiores riscos financeiros, o que forçará aumentos nas mensalidades e afetará o equilíbrio do mercado. A imposição de limit de exposição financeira gerará dificuldades operacionais, exigindo sistemas mais robustos para monitoramento da utilização dos serviços. O custo operacio adicional será insustentável para muitas operadoras. Se a proposta for confirmada, as Cooperativas Médicas de Santa Catarina enfrentariam um aumento d 42,48% no custo líquido, com uma queda no resultado líquido de R$ 1,66 bilhões. A coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, garantindo maior acesso à saúde suplementar, como demonstrado pela ANS com o aumento dos planos coparticipativos.
304577	Para evitar argumentos sobre imprevisibilidade, o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo. Exemplo: um exame de alta complexida teria até 50% de coparticipação, mas o valor pago pelo beneficiário não poderia exceder R$500,00. O estudo mostra que, apenas para as Unimeds de San Catarina, a redução do percentual permitido pela DIPRO e STJ geraria impacto de R$162 milhões (4,18%). Considerando as propostas gerais, o impacto se de R$413 milhões. A ANS reconhece que haverá aumento de preço: “Operadoras com coparticipação maior que a fixada terão aumento nas contraprestaçõ pois a mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao fator moderador.” Se considerarmos o aumento de frequência devido às flexibilizações, o impa nas Cooperativas Médicas de SC será ainda maior, com aumento no custo líquido e redução no resultado líquido de 42,48% (R$1,66 bilhões). A coparticipaç deve controlar a frequência, permitir maior participação da população na saúde suplementar e garantir acesso. Alinhado ao entendimento do STJ (REsp 1848372, REsp 2083936, REsp 2.001.108), propõe-se que o valor de coparticipação seja de até 50% do procedimento. Além disso, a RN nº 465/21 já permite 50% em internação psiquiátrica após o 31º dia, o que torna a proposta contraditória e necessitando revisão. Se a imposição de limites for mantida, o efeito será contrário ao desejado, com aumento de usos desnecessários e desperdícios. O beneficiário se tornará audit das operadoras, sem impacto real nas cobranças, o que reduzirá sua preocupação com custos. DIante do exposto, solicitamos a alteração do parágrafo 3º art. 7º.
304577	Incluir dispositivo que permita a coparticipação em caso de absenteísmo, pois é comum que a operadora assuma os custos sem ter prestado o atendimento beneficiário deve comunicar o não comparecimento à rede prestadora ou à operadora. Desde 2016, as operadoras têm centrais de atendimento presencial telefônico para esse fim, caso o beneficiário não informe diretamente ao prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora
304577	2025-01-30 08:22:45	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304577	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
304577	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
304577	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304577	
304577	
304577	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz

Protocolo	Justificativa
304577	Para evitar argumentos sobre imprevisibilidade, o contrato deve estabelecer percentual por procedimento e teto máximo em valores. O impacto dessa propo para as Unimeds de Santa Catarina é de mais de R$ 100 milhões (2,75%), e, considerando o aumento de frequência, pode superar R$ 413 milhões. A AN reconhece que a regulamentação pode aumentar os preços: "Operadoras com coparticipação maior podem ter aumento nas mensalidades". Contudo, ess risco não pode ser ignorado, pois existem alternativas com menor impacto. A imposição de limites de exposição financeira aumenta o risco para as operador que terão que absorver custos além do limite, elevando seus gastos e mensalidades, tornando os planos inacessíveis. Isso pode reduzir o mercado consumi e agravar os déficits do SUS. Além disso, o monitoramento constante dos custos operacionais será um desafio, aumentando a complexidade e os custos administrativos. Com a mudança no comportamento dos beneficiários e a flexibilização das coparticipações, o impacto nas Cooperativas Médicas de SC é alarmante, com uma queda de 42,48% no resultado líquido, equivalente a R$ 1,66 bilhões. A coparticipação deve controlar a frequência de uso e garantir ma acesso à saúde suplementar. Propondo um limite de coparticipação não superior a uma mensalidade, com o excedente cobrado nos meses seguintes, o lim de exposição financeira deve ser de até 12 mensalidades. Esse entendimento segue a jurisprudência do STJ no Recurso Especial nº 2.001.108. Mediante exposto, solicitamos a exclusão do inciso I.
304577	A redação deve excluir os limites previstos no art. 5º. O Sistema Unimed não é contra limites, mas defende que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo de valores. Destacamos que a criação de limites mensal/anual resultará no aumento das contraprestações e na escassez de produtos com fator moderador.
304577	A proposta carece de embasamento técnico e é difícil de entender tanto para beneficiários quanto para operadoras, como a coparticipação limitada à meta do limite de exposição financeira mensal em atendimentos de pronto-socorro. Até fiscais terão dificuldades para compreender a regra. Segundo estudo, só Unimeds de Santa Catarina terão impacto de R$ 47 milhões com essa proposta. Considerando o panorama geral, sem contar o aumento de frequência, o impacto será de mais de R$ 413 milhões para as Unimeds do estado. A ANS reconhece que o preço poderá aumentar: "Operadoras com coparticipação ma que a fixada terão aumento nas contraprestações, pois a mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao fator moderador." Sugere-se que o atendimento em internação siga a mesma regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem a evolução para internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	b) nos casos em que for utilizado índice de preço não poderá ser utilizado percentual por meta de sinistralidade. Justificativa: No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saúde nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limitará a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304576	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, com menos de 100(cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)

Protocolo	Justificativa
304576	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representam apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
304576	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304576	
304576	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão ser atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos dos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.

Protocolo	Justificativa
304576	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, alé da necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar condiciona ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, um vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausên de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusiv com criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversa Tudo isto reverterá em custo acrescido assistencial. Em relação ao para o mercado oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresaria por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. Já que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-s que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência de forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultando ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que ta instituto deve continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligadas com fraudes e prejuízos financeiros.
304576	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos deve prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304576	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário f ixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados.

Protocolo	Justificativa
304576	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304576	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial poderá ser rescindido pela operadora comunicação mediante prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Protocolo	Justificativa
304576	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 421 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada por falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúde coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. A liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
304576	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304576	
304576	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.

Protocolo	Justificativa
304576	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.
304576	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente de uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria do cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser utilizado índice de preço; e Justificativa: No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saúde nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limitará a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304576	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.

Protocolo	Justificativa
304576	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	EXCLUIR: Parágrafo único. A depender da análise ANS, contrapartidas exigidas. poderão outras ser exigidas. JUSTIFICATIVA: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo levar a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	EXCLUIR: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; JUSTIFICATIVA: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca-se ainda que, o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo-se as características do produto

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão
304576	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica a livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade de existência da administradora de benefícios.
304576	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III) Exclusão Justificativa: Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304576	37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais e por adesão com menos de cem vidas. § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304576	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% dos contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304576	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a

Protocolo	Justificativa
304576	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304576	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;

Protocolo	Justificativa
304576	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão
304576	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, órtese diárias, e ambulatoriais, contrastes, próteses aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, entre outros insumos inerentes.
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.
304576	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
304576	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304576	
304576	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à mantidos operadoras saúde, pelas deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa.

Protocolo	Justificativa
304576	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operadora faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.
304576	Necessário incluir todos os planos não regulamentados, devido à defasagem que eles apresentam atualmente, gerando grandes prejuízos e vultuoso resultado negativo, que podem ocasionar a quebra da operadora, especialmente aquelas que possuam uma carteira considerável de planos não regulamentados. Apenas para citar um exemplo, dentre de tantos outros, a Unimed Sergipe possui mais de 60% da carteira nessa situação e esse é só um caso em que se não houver a possibilidade de revisão técnica, com a ocorrência do financiamento dos planos coletivos, a longo prazo certamente não será sustentável.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304576	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários ao porte contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304576	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadores menores. A não diferenciação por por poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304576	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tendo como referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
304576	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráter técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	EXCLUIR: I- a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; JUSTIFICATIVA: Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído o inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver em risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisão técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contratos em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304576	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	EXCLUIR: III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. JUTIFICATIVA: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de
304576	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta não comunicada dedes que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviço.

Protocolo	Justificativa
304576	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304576	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados.

Protocolo	Justificativa
304576	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304576	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade definido de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze meses consecutivos;

Protocolo	Justificativa
304576	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própriatransparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304576	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Protocolo	Justificativa
304576	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar que é de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estudos elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais breve possível.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento).” (NR) Justificativa: Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além de promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberdade econômica e

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
304576	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assertiva é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tipo de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304576	2025-01-30 09:15:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304576	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304576	

Protocolo	Justificativa
304576	EXCLUIR: III apresentar - a operadora deve evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar. JUSTIFICATIVA: Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, por meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formação inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304579	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304579	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
304579	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304579	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304579	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304579	
304579	Alteração do inciso I. I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e
304579	É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento de contratos, para o cálculo do percentual de reajuste que aplicado, conforme o seu porte, na proporção abaixo: I - Operadora de Pequeno Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 30 vidas; II – Operadora de Médio Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 60 vidas; III – Operadora de Grande Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 100 vidas;
304579	
304579	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantida beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se a soma do r de beneficiários das contratantes for maior que o limite para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304579	Solicitamos a exclusão da lista de isenções proposta, considerando os significativos impactos econômico-financeiros que ela pode gerar para as Operadora de Planos de Saúde. No caso das Cooperativas Médicas Unimeds de Santa Catarina, projeta-se um aumento substancial no custo líquido, decorrente da lis de isenções sugerida pela CP 145. Esse impacto será um aumento de 2,47% no custo líquido total das Operadoras, o que equivale a R$ 96,1 milhões, mais 40% do resultado líquido acumulado pelas Operadoras de Santa Catarina de janeiro/24 a setembro/24. A recomendação anual de consultas médicas divulgada pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002 é de três consultas médicas ao ar ou seja, estão sendo propostas isenções superiores ao que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. Estimamos que apenas as isenções de coparticipação propostas na Consulta Pública nº 145, aumentará o preço dos nossos planos atualmente vendidos e quase 10%, sem considerar os percentuais de redução e limites financeiros de exposição ainda propostos na referida consulta pública. Destacamos a preocupação com a manutenção da lista de isenções, que, à medida que for atualizada, poderá gerar impactos ainda mais expressivos para operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor. Em síntese, a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação inegavelmente trará incremento de custos redistribuídos para aqueles que não são os usuários diretamente envolvidos no atendimento assistencial em questão. Os reflexos negativos são diversos com risco de desequilíbrio derivado da benes
304579	O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores.
304579	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.
304579	Exclusão do inciso I. Quando a operadora estiver em risco de solvência por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. A revisão técnica deve funcionar de forma preventiva para evitar a insolvência, assim o pedido de revisão técnica apenas da carteira como um to perde o sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. A avaliação desequilíbrio do plano individual ou familiar é relevante para prevenir a insolvência e fomentar a sua comercialização
304579	Considerando que a negociação, contratação do plano parte de um preço único previamente acordado entre a Operadora de planos de saúde e administrad de benefício, não faz sentido para as contratantes, a depender da soma do seu número de beneficiários, receberem um reajuste diferente. Isso importará e diferentes tabelas de preços para adesão de novos beneficiários, bem como novas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304579	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304579	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304579	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Alteração
304579	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304579	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304579	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamen contratos terá limite de meta por porte da operadora: a) 75% Operadora de Grande Porte b) 72% Operadora de Médio Porte c) 70% Operadora de Pequeno porte
304579	É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
304579	§ 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Finance Regulação incidentes sobre esta última. O presente não se aplica aos planos de assistência à saúde com previsão de copartipação apenas na segmenta ambulatorial, que permanece devida.
304579	
304579	Art. 13. Contratos celebrados antes da vigência desta norma permanecem inalterados. A mudança para as novas regras de Mecanismos Financeiros de Re será possível a pedido do CONTRATANTE, mediante a celebração de um novo contrato, podendo utilizar-se de regras legais como: portabilidade de carên mudança de plano.

Protocolo	Justificativa
304579	O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despes não assistenciais nestas operadoras são maiores. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Esclarecemos q os parâmetros aqui sugeridos presumem a manutenção dos índices de correção inflacionário e de sinistralidade separadamente como apontamos na sugest de exclusão do inciso V do artigo 7º .
304579	Apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparentar-ser forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contrataçã esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve s tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operação é maior. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos de fraude na toada do q vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital como fator importante; contudo, a sua adoção deve se dar de forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente o Princípio Constitucior da Livre Iniciativa.
304579	Há contratos que tem previsão do mecanismo financeiro de regulação apenas para segmentação ambulatorial.
304579	Exclusão do anexo da Resolução, conforme art. 3º.
304579	Considerando que a adequação às regras desta norma requer várias alterações que impactam no processo operacional da operadora e a administração d contratos com vigências diversas e regras distintas, vai ser exigido um grande esforço da operadora na adequação dos seus sistemas de gestão. O ideal pa operacionalização é ter uma data de corte: planos celebrados a partir da vigência da norma observam a nova regra. Assim o contratante, interessado em adequar o seu contrato às novas regras tem o direito de celebrar uma nova contratação, sem carências e análise de DLP nos termos da legislação vigente

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304579	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304579	Alteração do inciso I. I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, contado a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúd pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e

Protocolo	Justificativa
304579	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: "RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operado atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pa a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte." O parâmetro adotado pelo STJ atende a pretensão da ANS de dar transparência e previsibilidade. Contudo, é sabido por todos a insustentabilidade econôm financeira derivada do incremento do custo para atendimento de determinadas terapias. Assim, ainda que seja necessário garantir a transparência para o beneficiário e algum limite de comprometimento econômico para ele, remanesce o problema do alto custo novo para as Operadoras sem contrapartida. Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade do grupo familiar como um to de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior do que o dobro do valor já pago pelo responsável financeiro pelo contrato. A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e cobrança do valor d coparticipação do beneficiários. Em síntese: a proposta atende ao interesse de consumidores, mantém-se em sintonia com a posição do Poder Judiciário e concede para as Operadoras alg

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304579	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
304579	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304579	II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 100% (cem por centro) do valor da contrapresta pecuniária base mensal da soma das mensalidades devidas pelo grupo familiar.
304579	Parágrafo Único. As Operadoras que pretendem aprovação da revisão técnica estabelecida pela ANS estão obrigadas a oferecer a contratação eletrônica de de contratação individual ou familiar.

Protocolo	Justificativa
304579	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo grupo familiar, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operador atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pa a coparticipação, desde que, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 9 evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário.
304579	Obrigar a contratação eletrônica é um risco a fraude e não resolverá a déficit da carteira do plano individual ou familiar. Obrigar a contratação eletrônica do plano coletivo por adesão por entidades sujeitas ao artigo 15 da RN 557 por meio de venda online para este público também estimulará as fraudes. Da mesm forma ocorrerá na contratação do plano coletivo empresarial por empresário individual sujeito ao artigo 9 da RN 557, que, na qualidade de PJ possui elegibilidade para contratação do plano coletivo, mas é dotado de privilégios de uma pessoa física. Ambas são contratações que requerem cuidado extra, análise de elegebilidade e legalidade, inviabilizando a contratação no processo online, pois a adesão dos beneficiários ao plano contratado dependerá da análise de elegibilidade da Contratante e aprovação pela Operadora. Nenhum beneficiário pode aderir ao contrato, cuja a pessoa jurídica não tenha sido aprovada previamente pela operadora nos termos exigidos pela ANS na RN 557. Os atuais critérios estabelecidos na RN 413 não são condizentes com a contratação de plano coletivo. Mesmo que ocorram ajustes, a ANS vai imputar novos custos para a Operadora para manter e disponibilizar uma estrutura para realização de entrevista qualificada presencial e aplicação obrigatória de perícia médica em cidad diversas. Se mantida como obrigatória a venda do plano individual/familiar online, há necessidade da ANS conceder um prazo de 18 meses para que as Operadoras definam os ajustes necessários e contratação de uma solução tecnológica que atenda a norma. O art. 19 necessitará de alteração: “Art. 19. As alterações d referida norma entram em vigor 18 meses após a data de sua publicação”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304579	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304579	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304579	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304579	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
304579	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Alteração
304579	- § 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I do caput deste ar□go será aferido proporcionalmente, mul□plicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304579	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos além dos referidos nos incisos acima, desde que esta expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.
304579	
304579	
304579	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos priva assistência à saúde e sua rede credenciada (direta e indireta), referenciada ou cooperada.
304579	§ 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal, bem como data de execução do procedimento nos últ meses.
304579	

Protocolo	Justificativa
304579	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.
304579	Exclusão do Paragrafo Único. Não se trata apenas da adequação da cláusula Mecanismos Financeiros de Regulação, mas outras alterações e impactos no contrato vigente.
304579	Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionária da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais.
304579	Os valores praticados na rede indireta, via intercâmbio ou contrato de reciprocidade, não são os mesmos praticados pela operadora na sua rede direta, sen relevante que haja previsão de que estes valores integrem a tabela de referência de coparticipação.
304579	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação do beneficiário.
304579	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação do beneficiário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora
304579	2025-01-30 09:20:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304579	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
304579	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
304579	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304579	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304579	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
304579	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
304579	IV – Excepcionalmente no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as de assistenciais, acrescida da variação da PEONA e das receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apura reajuste;
304579	Esta Resolução Normativa entra em vigor 18 (dezoito) meses após a sua publicação.

Protocolo	Justificativa
304579	A respeito das limitações sobre as coparticipações, destacamos os seguintes impactos: ACESSIBILIDADE: Atualmente, a existência de fator moderador torna o plano de saúde mais acessível, pois a mensalidade fixa mensal tende a ser menor. sua presença, assim, funciona como facilitador de acesso a novos beneficiários em razão do efeito de restringir o comprometimento financeiro fixo mensal p os mesmos: menor mensalidade. FATOR DE CONTENÇÃO DE CUSTOS: O fator moderador é utilizado como instrumento de negociação para reduzir a aplicação dos percentuais de reajus resultando assim em ganho direto aos beneficiários. UTILIZAÇÃO INDEVIDA, MAIS DESPERDÍCIOS, MENOS AUDITORIA: Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efe contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funcio como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança, c impacto extremamente reduzido. BENEFICIÁRIOS DE BAIXA UTILIZAÇÃO x POLÍTICA DE SUBSÍDIO: Se implementada na forma pretendida o efeito será muito forte para os beneficiário que não utilizam com frequência o plano: terão suas mensalidades agravadas para sustentar os limites impostos e atenuar os maiores utilizadores, gerand efeito nocivo ao mercado. As empresas contratantes (que são as grandes subsidiadoras das mensalidades dos planos de saúde e já estão tendo dificuldad de suportar o impacto do aumento dos reajustes em razão das ampliações consecutivas do Rol de Procedimentos) serão fortemente impactadas com essa mudança. Tenderão as empresas a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o potencial mercad consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será aumento dos custos fixos e redução c população coberta, agravando ainda mais os déficit no sistema público de saúde. Assim, entendemos que os benefícios atuais da coparticipação são muito maiores, que as pequenas distorções que eventualmente existem: o que está possibilitando a atual ampliação da base de clientes no sistema é justamente as mensalidades mais competitivas, que necessitam da participação ativa do seus beneficiários, em especial com o instrumento da coparticipação.
304579	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúd coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Acrescentemos, por fim, que a previsão do prazo de 60 dias como está no parágrafo é inviável na prática: as negociações para o reajuste precisam basear-em um histórico da sinistralidade e demandam reuniões e avaliações do contratante e da Operadora, diversas.
304579	No primeiro ano os contratos tem o maior impacto da constituição da PEONA, por isso a operadora sugere a alteração no inciso IV.
304579	As mudanças apresentadas pela norma impactam nos processos operacionais da operadora, exigem várias parametrizações e controles que precisam se desenvolvidos, testados e só depois implementados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304580	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
304580	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
304580	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304580	Alteração do inciso I: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, contado a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúd pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e
304580	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos priva assistência à saúde e sua rede credenciada (direta e indireta), referenciada ou cooperada.
304580	§ 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financ Regulação incidentes sobre esta última. O presente não se aplica aos planos de assistência à saúde com previsão de copartipação apenas na segmenta ambulatorial, que permanece devida.

Protocolo	Justificativa
304580	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operado atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pa a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” O parâmetro adotado pelo STJ atende a pretensão da ANS de dar transparência e previsibilidade. Contudo, é sabido por todos a insustentabilidade econôm financeira derivada do incremento do custo para atendimento de determinadas terapias. Assim, ainda que seja necessário garantir a transparência para o beneficiário e algum limite de comprometimento econômico para ele, remanesce o problema do alto custo novo para as Operadoras sem contrapartida. Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade do grupo familiar como um to de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior do que o dobro do valor já pago pelo responsável financeiro pelo contrato. A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e cobrança do valor d coparticipação do beneficiários. Em síntese: a proposta atende ao interesse de consumidores, mantém-se em sintonia com a posição do Poder Judiciário e concede para as Operadoras alg
304580	Os valores praticados na rede indireta, via intercâmbio ou contrato de reciprocidade, não são os mesmos praticados pela operadora na sua rede direta, sen relevante que haja previsão de que estes valores integrem a tabela de referência de coparticipação.
304580	Há contratos que tem previsão do mecanismo financeiro de regulação apenas para segmentação ambulatorial.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304580	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304580	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304580	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304580	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304580	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304580	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantida beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se a soma do r de beneficiários das contratantes for maior que o limite para a formação do agrupamento.
304580	
304580	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento de contratos, para o cálculo do percentual de reaju será aplicado, conforme o seu porte, na proporção abaixo: I - Operadora de Pequeno Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 30 vidas; II – Operadora de Médio Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 60 vidas; III – Operadora de Grande Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 100 vidas;
304580	
304580	

Protocolo	Justificativa
304580	Considerando que a negociação, contratação do plano parte de um preço único previamente acordado entre a Operadora de planos de saúde e administrad de benefício, não faz sentido para as contratantes, a depender da soma do seu número de beneficiários, receberem um reajuste diferente. Isso importará e diferentes tabelas de preços para adesão de novos beneficiários, bem como novas contratantes.
304580	Solicitamos a exclusão da lista de isenções proposta, considerando os significativos impactos econômico-financeiros que ela pode gerar para as Operadora de Planos de Saúde. No caso das Cooperativas Médicas Unimeds de Santa Catarina, projeta-se um aumento substancial no custo líquido, decorrente da lis de isenções sugerida pela CP 145. Esse impacto será um aumento de 2,47% no custo líquido total das Operadoras, o que equivale a R$ 96,1 milhões, mais 40% do resultado líquido acumulado pelas Operadoras de Santa Catarina de janeiro/24 a setembro/24. A recomendação anual de consultas médicas divulgada pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002 é de três consultas médicas ao ar ou seja, estão sendo propostas isenções superiores ao que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. Estimamos que apenas as isenções de coparticipação propostas na Consulta Pública nº 145, aumentará o preço dos nossos planos atualmente vendidos e quase 10%, sem considerar os percentuais de redução e limites financeiros de exposição ainda propostos na referida consulta pública. Destacamos a preocupação com a manutenção da lista de isenções, que, à medida que for atualizada, poderá gerar impactos ainda mais expressivos para operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor. Em síntese, a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação inegavelmente trará incremento de custos redistribuídos para aqueles que não são os usuários diretamente envolvidos no atendimento assistencial em questão. Os reflexos negativos são diversos com risco de desequilíbrio derivado da benes
304580	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.
304580	Exclusão do parágrafo único: Não se trata apenas da adequação da cláusula Mecanismos Financeiros de Regulação, mas outras alterações e impactos no contrato vigente.
304580	Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionária da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304580	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304580	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Alteração
304580	- § 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I do caput deste ar□go será aferido proporcionalmente, mul□plicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Exclusão
304580	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304580	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304580	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304580	Parágrafo Único. As Operadoras que pretendem aprovação da revisão técnica estabelecida pela ANS estão obrigadas a oferecer a contratação eletrônica de de contratação individual ou familiar.
304580	§ 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal, bem como data de execução do procedimento nos últ meses.
304580	
304580	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos além dos referidos nos incisos acima, desde que esta expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.
304580	
304580	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Protocolo	Justificativa
304580	Obrigar a contratação eletrônica é um risco a fraude e não resolverá a déficit da carteira do plano individual ou familiar. Obrigar a contratação eletrônica do plano coletivo por adesão por entidades sujeitas ao artigo 15 da RN 557 por meio de venda online para este público também estimulará as fraudes. Da mesma forma ocorrerá na contratação do plano coletivo empresarial por empresário individual sujeito ao artigo 9 da RN 557, que, na qualidade de PJ possui elegibilidade para contratação do plano coletivo, mas é dotado de privilégios de uma pessoa física. Ambas são contratações que requerem cuidado extra, análise de elegebilidade e legalidade, inviabilizando a contratação no processo online, pois a adesão dos beneficiários ao plano contratado dependerá da análise de elegibilidade da Contratante e aprovação pela Operadora. Nenhum beneficiário pode aderir ao contrato, cuja a pessoa jurídica não tenha sido aprovada previamente pela operadora nos termos exigidos pela ANS na RN 557. Os atuais critérios estabelecidos na RN 413 não são condizentes com a contratação de plano coletivo. Mesmo que ocorram ajustes, a ANS vai imputar novos custos para a Operadora para manter e disponibilizar uma estrutura para realização de entrevista qualificada presencial e aplicação obrigatória de perícia médica em cidad diversas. Se mantida como obrigatória a venda do plano individual/familiar online, há necessidade da ANS conceder um prazo de 18 meses para que as Operadoras definam os ajustes necessários e contratação de uma solução tecnológica que atenda a norma. O art. 19 necessitará de alteração: “Art. 19. As alterações d referida norma entram em vigor 18 meses após a data de sua publicação”.
304580	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação do beneficiário.
304580	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação do beneficiário.
304580	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.
304580	Exclusão do anexo da resolução, conforme art. 3º.
304580	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúd coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Acrescentemos, por fim, que a previsão do prazo de 60 dias como está no parágrafo é inviável na prática: as negociações para o reajuste precisam basear-em um histórico da sinistralidade e demandam reuniões e avaliações do contratante e da Operadora, diversas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304580	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
304580	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
304580	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304580	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304580	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304580	Art. 13. Contratos celebrados antes da vigência desta norma permanecem inalterados. A mudança para as novas regras de Mecanismos Financeiros de Re será possível a pedido do CONTRATANTE, mediante a celebração de um novo contrato, podendo utilizar-se de regras legais como: portabilidade de carên mudança de plano.
304580	Alteração do inciso I: I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e
304580	Art. 2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
304580	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamen contratos terá limite de meta por porte da operadora: a) 75% Operadora de Grande Porte b) 72% Operadora de Médio Porte c) 70% Operadora de Pequeno porte
304580	IV - Excepcionalmente no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as de assistenciais, acrescida da variação da PEONA e das receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apura reajuste;

Protocolo	Justificativa
304580	Considerando que a adequação às regras desta norma requer várias alterações que impactam no processo operacional da operadora e a administração d contratos com vigências diversas e regras distintas, vai ser exigido um grande esforço da operadora na adequação dos seus sistemas de gestão. O ideal pa operacionalização é ter uma data de corte: planos celebrados a partir da vigência da norma observam a nova regra. Assim o contratante, interessado em adequar o seu contrato às novas regras tem o direito de celebrar uma nova contratação, sem carências e análise de DLP nos termos da legislação vigente
304580	O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores.
304580	Apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparentar-ser forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contrataçã esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve s tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operação é maior. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos de fraude na toada do qu vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital como fator importante; contudo, a sua adoção deve se dar de forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente o Princípio Constitucior da Livre Iniciativa.
304580	O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despes não assistenciais nestas operadoras são maiores. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Esclarecemos qu os parâmetros aqui sugeridos presumem a manutenção dos índices de correção inflacionário e de sinistralidade separadamente como apontamos na sugest de exclusão do inciso V do artigo 7º .
304580	No primeiro ano os contratos tem o maior impacto da constituição da PEONA, por isso a operadora sugere a alteração no inciso IV.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304580	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
304580	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304580	Alteração do inciso II: II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 100% (cem por centro) do valor da contrapresta pecuniária base mensal da soma das mensalidades devidas pelo grupo familiar.
304580	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor 18 (dezoito) meses após a sua publicação.

Protocolo	Justificativa
304580	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo grupo familiar, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: "RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operado atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pa a coparticipação, desde que, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 9 evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte." Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário..
304580	As mudanças apresentadas pela norma impactam nos processos operacionais da operadora, exigem várias parametrizações e controles que precisam se desenvolvidos, testados e só depois implementados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora
304580	2025-01-30 09:20:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304580	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
304580	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304580	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
304580	

Protocolo	Justificativa
304580	A respeito das limitações sobre as coparticipações, destacamos os seguintes impactos: ACESSIBILIDADE: Atualmente, a existência de fator moderador torna o plano de saúde mais acessível, pois a mensalidade fixa mensal tende a ser menor. sua presença, assim, funciona como facilitador de acesso a novos beneficiários em razão do efeito de restringir o comprometimento financeiro fixo mensal p os mesmos: menor mensalidade. FATOR DE CONTENÇÃO DE CUSTOS: O fator moderador é utilizado como instrumento de negociação para reduzir a aplicação dos percentuais de reajus resultando assim em ganho direto aos beneficiários. UTILIZAÇÃO INDEVIDA, MAIS DESPERDÍCIOS, MENOS AUDITORIA: Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efe contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funcio como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança, c impacto extremamente reduzido. BENEFICIÁRIOS DE BAIXA UTILIZAÇÃO x POLÍTICA DE SUBSÍDIO: Se implementada na forma pretendida o efeito será muito forte para os beneficiário que não utilizam com frequência o plano: terão suas mensalidades agravadas para sustentar os limites impostos e atenuar os maiores utilizadores, gerand efeito nocivo ao mercado. As empresas contratantes (que são as grandes subsidiadoras das mensalidades dos planos de saúde e já estão tendo dificuldad de suportar o impacto do aumento dos reajustes em razão das ampliações consecutivas do Rol de Procedimentos) serão fortemente impactadas com essa mudança. Tenderão as empresas a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o potencial mercad consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será aumento dos custos fixos e redução c população coberta, agravando ainda mais os déficit no sistema público de saúde. Assim, entendemos que os benefícios atuais da coparticipação são muito maiores, que as pequenas distorções que eventualmente existem: o que está possibilitando a atual ampliação da base de clientes no sistema é justamente as mensalidades mais competitivas, que necessitam da participação ativa do seus beneficiários, em especial com o instrumento da coparticipação.
304580	Exclusão do inciso I: Quando a operadora estiver em risco de solvência por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameça confirmada que envolve toda carteira da operadora. A revisão técnica deve funcionar de forma preventiva para evitar a insolvência, assim o pedido de revisão técnica apenas da carteira como um to perde o sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. A avaliação desequilíbrio do plano individual ou familiar é relevante para prevenir a insolvência e fomentar a sua comercialização.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304582	§ 1o À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Protocolo	Justificativa
304582	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer No 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo no 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência que a ANS não deveria interferir. Em casos excepcionais como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratante, ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo de 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez que a operadora terá que esperar dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando a liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situações de alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304582	

Protocolo	Justificativa
304582	Art. 5°, I: Art. 5°, I: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75% Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que ratiquei valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, um vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem u risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo a mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos e consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (ve que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, entende-se que pode ser estabelecido que o valor de coparticipações não poderá ser superior a uma mensalidade, podendo ser cobrado o excedente nos meses seguintes. O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual que não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial no 2.001.108, por exemplo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304582	

Protocolo	Justificativa
304582	b) nos casos em que for utilizado índice de preço não poderá ser utilizado percentual por meta de sinistralidade. No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve -se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operado

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304582	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304582	
304582	

Protocolo	Justificativa
304582	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contrat em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/ano. Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a propos vai contra o risco moral exposto pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação de perda). Da mesma forma, sobre a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando o impacto de todas as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕE, ao comparar o resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positivo de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Estima-se que a sinistralidade aumente em 7,5 pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verifica-se que a manutenção da regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilização dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades em 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvência de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade de isenções. Com base nos estudos realizados (os quais serão enviados à ANS), entende-se que é necessária a adequação no Anexo, no seguinte sentido: 1. Consultas Médicas: Isenção de apenas 2 (duas) consultas realizadas com médico generalista, ao ano. 2. Exames de Pré-Natal: As isenções das 10 consultas de obstetrícia serem complementares as 2 (duas) consultas já isentas no item I – Consultas Médicas.
304582	Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5o da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o a jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca -se ainc que, o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções d valores, mantendo -se as características do produto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
304582	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração
304582	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304582	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz II - II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos rea
304582	Art. 5o A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, t como referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA no 39, de 2024, sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.
304582	

Protocolo	Justificativa
304582	I : Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrat podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo co o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama gera das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratique valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, um vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem defin trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação. II: Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só co as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimento ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
304582	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.
304582	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processu e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
304582	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304582	
304582	

Protocolo	Justificativa
304582	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto- socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrat podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No cas de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro la uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágraf operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e maior capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimento, o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais impos por essa regra torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas, além de trazer como consequência a necessidade reajuste das mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da populaç e ampliando a exclusão do acesso a esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoria Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
304582	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
304582	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
304582	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304582	
304582	§4o Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos dos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.
304582	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;

Protocolo	Justificativa
304582	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar-condiciona ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive co criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadora tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresariais por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. Já que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-se qu pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência de forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultando ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto deve continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligadas com fraudes e prejuízos financeiros.
304582	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.
304582	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5o. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINI QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
304582	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304582	§ 2o Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
304582	Art. 1o A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat

Protocolo	Justificativa
304582	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece q haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixadc poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principa implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorv a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessív para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, a incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas d Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiame do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de plano coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (e REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% valor do procedimento. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzid
304582	Necessário incluir todos os planos não regulamentados, devido à defasagem que eles apresentam atualmente, gerando grandes prejuízos e vultuoso resulta negativo, que podem ocasionar a quebra da operadora, especialmente aquelas que possuam uma carteira considerável de planos não regulamentados. Apenas para citar um exemplo, dentre de tantos outros, a Unimed Sergipe possui mais de 60% da carteira nessa situação e esse é só um caso em que se n houver a possibilidade de revisão técnica, com a ocorrência do financiamento dos planos coletivos, a longo prazo certamente não será sustentável.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
304582	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304582	
304582	Art. 5°, §6°: IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
304582	a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser utilizado índice de preço; No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve -se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operado
304582	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assert é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tip de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304582	

Protocolo	Justificativa
304582	V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III) Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todo que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico - financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saú As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende exis nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico - financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, do reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadora reflete a relação entre os custos com a assistência médica e as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operadoras ajustarem os valores cobrados dos beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pel reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por sua vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com a inflação, cumprindo o princípio atuarial da “preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário) Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em cont fatores como oscilações na demanda, atualizações no Rol de Procedimentos e a introdução de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilida de acumulação, obriga as operadoras a escolherem entre ajustar os preços com base na inflação geral ou com base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando en prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. Ao se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessária correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte d necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índice de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulação de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada ou de variações significativas nos custos com assistência médica prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contratos bem como elitiza ainda mais o valor da mensalidade do plano d saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa suprir, além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais outros fornecedores da operadora, os impactos das novas coberturas decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos que são aprovadas durante a execução dos contratos, portanto, não precificadas, que de fato não constam no histórico de utilização presente, ou passada, mas que farão parte do cust futuro do contrato. O índice financeiro é uma forma de aplicação simplificada do que chamamos de visão prospectiva, ainda que utilizarmos para essa finalidade, não é, na maioria das vezes, suficiente para suprir os incrementos de custos para o próximo período, quando de fato utilizaremos os valores reajustado das contraprestações.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
304582	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304582	
304582	Art. 7o A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.

Protocolo	Justificativa
304582	Ar. 5° II: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece q haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposiç financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custo e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume men de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando air mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma ve que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanha quanto cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacion imposto por essas regras torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que deve ser estabelecido o limite d valor de 1 mensalidade/mês.
304582	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria d cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuari de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de um carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
304582	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304582	
304582	

Protocolo	Justificativa
304582	Art. 6°, III: A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5o. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.
304582	Art. 3°, I: Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/2 muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemente superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivos acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP no 145, no que dizem respeito ao reajuste d planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbri econômico-financeiros que ameacem sua solvência), a sinistralidade do tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão mais elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anu Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhu dos períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre em decorrência do financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a ofert desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, a demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individuai pelos planos coletivos. Se manter o critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operadora apresentará. Aliás, no que tange à demonstração de desequilíbrio da carteira de planos individuais, já que a ANS entende a meta de sinistralidade de 75% é suficiente para fins de cálculo do reajuste do plano coletivo, entende-se que o mesmo indicador poderia ser um parâmetro para concessão da revisão técnica nos planos individuais. Ou seja, ultrapassada essa meta, seria possível a concessão da revisão técnica. Art.3°, III: Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
304582	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão
304582	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304582	
304582	
304582	

Protocolo	Justificativa
304582	VI- a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico -hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamen de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento).” (NR) Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberdade econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram q 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima de 25%, sendo 85% de pequeno porte,68% de médio porte e 16% de grande port Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero ou negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiário (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado no ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesas não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralida nem mesmo com relação ao patamar mínimo. Este patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) onde a sinistralidade meta corresponde a (1 – C), sendo “C” o total de carregamento d produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cada operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabelecidas na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender d porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistencial diferente uma da outra. Deste modo, não deve ser previame estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de uma sinistralidade meta mínima não se justifica. Tal medida limitaria a liberdade econômica da operadoras, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas.
304582	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processu e judiciais.
304582	§ 5o Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantida de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade de existência da administradora de benefícios.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
304582	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304582	
304582	

Protocolo	Justificativa
304582	Art. 5° Caput: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo e valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia se superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das proposta SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele qu será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derroca de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano d saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que nã terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do us de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem se desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvência de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade de isenções. A principal implicaçã dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessív para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos e consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de
304582	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o praz para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão
304582	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração
304582	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
304582	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304582	§ 6o - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.
304582	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1o do art. 37 desta Resolução, bem como a prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)
304582	
304582	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze meses consecutivos;

Protocolo	Justificativa
304582	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. V ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que pode ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.
304582	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representar apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada a pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior port adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empres que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenç dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
304582	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participante entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.
304582	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionár da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômi financeiro do contrato deficitário e,assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figur jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+ReajusteTécnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração do índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pelas operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiário vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálculo utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entrada para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar o preços por contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento do agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar um aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala que os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução de número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde pública e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração
304582	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304582	§1o É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a s considerada para a formação do agrupamento.
304582	

Protocolo	Justificativa
304582	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
304582	Art. 4°, I: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Art. 4°, III: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração
304582	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304582	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas. § 1o -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento.
304582	§ 5o - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de col entre outros insumos inerentes.

Protocolo	Justificativa
304582	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Siste Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam den do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
304582	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304582	2025-01-30 10:05:57	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304582	- § 2º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, até o 30º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma. § 3º Após o 31º dia de internação, consecu□vos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar copar□cipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.	Alteração
304582	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
304595	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
304595	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304582	Art. 7°, §3°: § 3o Após o 31o dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perc sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.
304582	Art. 8o Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
304595	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor 18 (dezoito) meses após a sua publicação.
304595	

Protocolo	Justificativa
304582	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 1(milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratique valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, um vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem defin trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativa Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido d 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no núm de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressalt que a RN no 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica, a partir do 31o dia, portanto, a proposta é um contrassenso deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzid
304582	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.
304595	As mudanças apresentadas pela norma impactam nos processos operacionais da operadora, exigem várias parametrizações e controles que precisam se desenvolvidos, testados e só depois implementados.
304595	Exclusão do paragrafo 7º. A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor coparticipação do beneficiário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304595	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304595	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
304595	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304595	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304595	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304595	Alteração do paragrafo I. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos além dos referidos nos incisos acima, desde que esta expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.
304595	Alteração do paragrafo 2º. § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Finance Regulação incidentes sobre esta última. O presente não se aplica aos planos de assistência à saúde com previsão de copartipação apenas na segmenta ambulatorial, que permanece devida.
304595	Art. 2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
304595	
304595	

Protocolo	Justificativa
304595	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.
304595	Há contratos que tem previsão do mecanismo financeiro de regulação apenas para segmentação ambulatorial.
304595	Apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparentar-se de forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contratação, esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saú não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operação é mai A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos de fraude na toada do qu vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital como fator importante; contudo, a sua adoção deve se dar de forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente o Princípio Constitucion da Livre Iniciativa.
304595	Exclusão do inciso I. Quando a operadora estiver em risco de solvência por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. A revisão técnica deve funcionar de forma preventiva para evitar a insolvência, assim o pedido de revisão técnica apenas da carteira como um to perde o sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. A avaliação desequilíbrio do plano individual ou familiar é relevante para prevenir a insolvência e fomentar a sua comercialização
304595	Exclusão do paragrafo único. Não se trata apenas da adequação da cláusula Mecanismos Financeiros de Regulação, mas outras alterações e impactos no contrato vigente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304595	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
304595	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
304595	- Art. 9º A copar□cipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde; II - percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e III - valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a □tulo de coparticipação.	Alteração
304595	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304595	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
304595	Art. 13. Contratos celebrados antes da vigência desta norma permanecem inalterados. A mudança para as novas regras de Mecanismos Financeiros de Re será possível a pedido do CONTRATANTE, mediante a celebração de um novo contrato, podendo utilizar-se de regras legais como: portabilidade de carên mudança de plano.
304595	Alteração do paragrafo 6º. § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos priva assistência à saúde e sua rede credenciada (direta e indireta), referenciada ou cooperada.
304595	Alteração no paragrafo único. Parágrafo Único. As Operadoras que pretendem aprovação da revisão técnica estabelecida pela ANS estão obrigadas a oferecer a contratação eletrônica de de contratação individual ou familiar.

Protocolo	Justificativa
304595	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Acrescentemos, por fim, que a previsão do prazo de 60 dias como está no parágrafo é inviável na prática: as negociações para o reajuste precisam basear-em um histórico da sinistralidade e demandam reuniões e avaliações do contratante e da Operadora, diversas.
304595	Considerando que a adequação às regras desta norma requer várias alterações que impactam no processo operacional da operadora e a administração d contratos com vigências diversas e regras distintas, vai ser exigido um grande esforço da operadora na adequação dos seus sistemas de gestão. O ideal pa operacionalização é ter uma data de corte: planos celebrados a partir da vigência da norma observam a nova regra. Assim o contratante, interessado em adequar o seu contrato às novas regras tem o direito de celebrar uma nova contratação, sem carências e análise de DLP nos termos da legislação vigente
304595	Os valores praticados na rede indireta, via intercâmbio ou contrato de reciprocidade, não são os mesmos praticados pela operadora na sua rede direta, sen relevante que haja previsão de que estes valores integrem a tabela de referência de coparticipação.
304595	Obrigar a contratação eletrônica é um risco a fraude e não resolverá a déficit da carteira do plano individual ou familiar. Obrigar a contratação eletrônica d plano coletivo por adesão por entidades sujeitas ao artigo 15 da RN 557 por meio de venda online para este público também estimulará as fraudes. Da mesı forma ocorrerá na contratação do plano coletivo empresarial por empresário individual sujeito ao artigo 9 da RN 557, que, na qualidade de PJ possui elegibilidade para contratação do plano coletivo, mas é dotado de privilégios de uma pessoa física. Ambas são contratações que requerem cuidado extra, análise de elegibilidade e legalidade, inviabilizando a contratação no processo online, pois a adesão dos beneficiários ao plano contratado dependerá da análise de elegibilidade da Contratante e aprovação pela Operadora. Nenhum beneficiário pode aderir ao contrato, cuja a pessoa jurídica não tenha sido aprovada previamente pela operadora nos termos exigidos pela ANS na RN 557. Os atuais critérios estabelecidos na RN 413 não são condizentes com a contratação de plano coletivo. Mesmo que ocorram ajustes, a ANS vai imputar novos custos para a Operadora para manter e disponibilizar uma estrutura pa realização de entrevista qualificada presencial e aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Se mantida como obrigatória a venda do plano individual/familiar online, há necessidade da ANS conceder um prazo de 18 meses para que as Operadoras definam os ajustes necessários e contratação de uma solução tecnológica que atenda a norma. O art. 19 necessitará de alteração: “Art. 19. As alterações d referida norma entram em vigor 18 meses após a data de sua publicação”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304595	- Art. 9º A copar□cipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde; II - percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e III - valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a □tulo de coparticipação.	Alteração
304595	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304595	Alteração do paragrafo 2º. § 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
304595	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento de contratos, para o cálculo do percentual de reaju será aplicado, conforme o seu porte, na proporção abaixo: I - Operadora de Pequeno Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 30 vidas; II – Operadora de Médio Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 60 vidas; III – Operadora de Grande Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 100 vidas;

Protocolo	Justificativa
304595	A respeito das limitações sobre as coparticipações, destacamos os seguintes impactos: ACESSIBILIDADE: Atualmente, a existência de fator moderador torna o plano de saúde mais acessível, pois a mensalidade fixa mensal tende a ser menor. sua presença, assim, funciona como facilitador de acesso a novos beneficiários em razão do efeito de restringir o comprometimento financeiro fixo mensal p os mesmos: menor mensalidade. FATOR DE CONTENÇÃO DE CUSTOS: O fator moderador é utilizado como instrumento de negociação para reduzir a aplicação dos percentuais de reajus resultando assim em ganho direto aos beneficiários. UTILIZAÇÃO INDEVIDA, MAIS DESPERDÍCIOS, MENOS AUDITORIA: Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efe contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funcio como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança, c impacto extremamente reduzido. BENEFICIÁRIOS DE BAIXA UTILIZAÇÃO x POLÍTICA DE SUBSÍDIO: Se implementada na forma pretendida o efeito será muito forte para os beneficiário que não utilizam com frequência o plano: terão suas mensalidades agravadas para sustentar os limites impostos e atenuar os maiores utilizadores, gerand efeito nocivo ao mercado. As empresas contratantes (que são as grandes subsidiadoras das mensalidades dos planos de saúde e já estão tendo dificuldad de suportar o impacto do aumento dos reajustes em razão das ampliações consecutivas do Rol de Procedimentos) serão fortemente impactadas com ess mudança. Tenderão as empresas a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o potencial mercad consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será aumento dos custos fixos e redução c população coberta, agravando ainda mais os déficit no sistema público de saúde. Assim, entendemos que os benefícios atuais da coparticipação são muito maiores, que as pequenas distorções que eventualmente existem: o que está possibilitando a atual ampliação da base de clientes no sistema é justamente as mensalidades mais competitivas, que necessitam da participação ativa do seus beneficiários, em especial com o instrumento da coparticipação.
304595	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304595	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304595	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304595	
304595	Alteração do inciso II. II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 100% (cem por centro) do valor da contrapresta pecuniária base mensal da soma das mensalidades devidas pelo grupo familiar.

Protocolo	Justificativa
304595	Solicitamos a exclusão da lista de isenções proposta, considerando os significativos impactos econômico-financeiros que ela pode gerar para as Operadora de Planos de Saúde. No caso das Cooperativas Médicas Unimeds de Santa Catarina, projeta-se um aumento substancial no custo líquido, decorrente da lis de isenções sugerida pela CP 145. Esse impacto será um aumento de 2,47% no custo líquido total das Operadoras, o que equivale a R$ 96,1 milhões, mais 40% do resultado líquido acumulado pelas Operadoras de Santa Catarina de janeiro/24 a setembro/24. A recomendação anual de consultas médicas divulgada pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002 é de três consultas médicas ao ar ou seja, estão sendo propostas isenções superiores ao que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. Estimamos que apenas as isenções de coparticipação propostas na Consulta Pública nº 145, aumentará o preço dos nossos planos atualmente vendidos e quase 10%, sem considerar os percentuais de redução e limites financeiros de exposição ainda propostos na referida consulta pública. Destacamos a preocupação com a manutenção da lista de isenções, que, à medida que for atualizada, poderá gerar impactos ainda mais expressivos para operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor. Em síntese, a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação inegavelmente trará incremento de custos redistribuídos para aqueles que não são os usuários diretamente envolvidos no atendimento assistencial em questão. Os reflexos negativos são diversos com risco de desequilíbrio derivado da benes
304595	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo grupo familiar, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operador atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operasse o fato gerador da obrigação de pagar a coparticipação, desde que, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 9 evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304595	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304595	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304595	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
304595	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304595	- Art. 40. Para os efeitos desta Resolução, a quan□dade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no § 1º deste artigo.	Alteração
304595	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304595	
304595	IV – Excepcionalmente no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as de assistenciais, acrescida da variação da PEONA e das receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apura reajuste;
304595	Alteração do inciso I. I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e
304595	
304595	Alteração do paragrafo 5º. § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantida beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se a soma do r de beneficiários das contratantes for maior que o limite para a formação do agrupamento
304595	Alteração do paragrafo 4º. § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal, bem como data de execução do procedimento nos últ meses.

Protocolo	Justificativa
304595	Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionária da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais.
304595	No primeiro ano os contratos tem o maior impacto da constituição da PEONA, por isso a operadora sugere a alteração no inciso IV.
304595	O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores.
304595	Exclusão do anexo da Resolução conforme artigo 3º.
304595	Considerando que a negociação, contratação do plano parte de um preço único previamente acordado entre a Operadora de planos de saúde e administrad de benefício, não faz sentido para as contratantes, a depender da soma do seu número de beneficiários, receberem um reajuste diferente. Isso importará e diferentes tabelas de preços para adesão de novos beneficiários, bem como novas contratantes.
304595	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor coparticipação do beneficiário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora
304595	2025-01-30 10:52:58	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304595	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
304595	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304595	Alteração no inciso I. I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, contado a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúd pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e
304595	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobetura odontológica ou em agrupamen contratos terá limite de meta por porte da operadora: a) 75% Operadora de Grande Porte b) 72% Operadora de Médio Porte c) 70% Operadora de Pequeno porte

Protocolo	Justificativa
304595	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: "RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operado atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operasse o fato gerador da obrigação de pagar a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte." O parâmetro adotado pelo STJ atende a pretensão da ANS de dar transparência e previsibilidade. Contudo, é sabido por todos a insustentabilidade econômi financeira derivada do incremento do custo para atendimento de determinadas terapias. Assim, ainda que seja necessário garantir a transparência para o beneficiário e algum limite de comprometimento econômico para ele, remanesce o problema do alto custo novo para as Operadoras sem contrapartida. Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade do grupo familiar como um to de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior do que o dobro do valor já pago pelo responsável financeiro pelo contrato. A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e cobrança do valor d coparticipação do beneficiários. Em síntese: a proposta atende ao interesse de consumidores, mantém-se em sintonia com a posição do Poder Judiciário e concede para as Operadoras alg
304595	O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despes não assistenciais nestas operadoras são maiores. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Esclarecemos qu os parâmetros aqui sugeridos presumem a manutenção dos índices de correção inflacionário e de sinistralidade separadamente como apontamos na sugest de exclusão do inciso V do artigo 7º .

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304605	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304605	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304605	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
304605	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Alteração
304605	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304605	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos além dos referidos nos incisos acima, desde que esta expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.
304605	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantida beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se a soma do n de beneficiários das contratantes for maior que o limite para a formação do agrupamento.
304605	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos priva assistência à saúde e sua rede credenciada (direta e indireta), referenciada ou cooperada.
304605	§ 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal, bem como data de execução do procedimento nos últ meses.
304605	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor 18 (dezoito) meses após a sua publicação.

Protocolo	Justificativa
304605	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.
304605	Considerando que a negociação, contratação do plano parte de um preço único previamente acordado entre a Operadora de planos de saúde e administrad de benefício, não faz sentido para as contratantes, a depender da soma do seu número de beneficiários, receberem um reajuste diferente. Isso importará e diferentes tabelas de preços para adesão de novos beneficiários, bem como novas contratantes.
304605	Os valores praticados na rede indireta, via intercâmbio ou contrato de reciprocidade, não são os mesmos praticados pela operadora na sua rede direta, sen relevante que haja previsão de que estes valores integrem a tabela de referência de coparticipação.
304605	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor coparticipação do beneficiário.
304605	As mudanças apresentadas pela norma impactam nos processos operacionais da operadora, exigem várias parametrizações e controles que precisam se desenvolvidos, testados e só depois implementados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304605	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
304605	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304605	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304605	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304605	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
304605	
304605	
304605	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento de contratos, para o cálculo do percentual de reaju será aplicado, conforme o seu porte, na proporção abaixo: I - Operadora de Pequeno Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 30 vidas; II – Operadora de Médio Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 60 vidas; III – Operadora de Grande Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 100 vidas;

Protocolo	Justificativa
304605	A respeito das limitações sobre as coparticipações, destacamos os seguintes impactos: ACESSIBILIDADE: Atualmente, a existência de fator moderador torna o plano de saúde mais acessível, pois a mensalidade fixa mensal tende a ser menor. sua presença, assim, funciona como facilitador de acesso a novos beneficiários em razão do efeito de restringir o comprometimento financeiro fixo mensal p os mesmos: menor mensalidade. FATOR DE CONTENÇÃO DE CUSTOS: O fator moderador é utilizado como instrumento de negociação para reduzir a aplicação dos percentuais de reajus resultando assim em ganho direto aos beneficiários. UTILIZAÇÃO INDEVIDA, MAIS DESPERDÍCIOS, MENOS AUDITORIA: Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efe contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funcio como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança, c impacto extremamente reduzido. BENEFICIÁRIOS DE BAIXA UTILIZAÇÃO x POLÍTICA DE SUBSÍDIO: Se implementada na forma pretendida o efeito será muito forte para os beneficiário que não utilizam com frequência o plano: terão suas mensalidades agravadas para sustentar os limites impostos e atenuar os maiores utilizadores, gerand efeito nocivo ao mercado. As empresas contratantes (que são as grandes subsidiadoras das mensalidades dos planos de saúde e já estão tendo dificuldad de suportar o impacto do aumento dos reajustes em razão das ampliações consecutivas do Rol de Procedimentos) serão fortemente impactadas com ess mudança. Tenderão as empresas a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o potencial mercad consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será aumento dos custos fixos e redução c população coberta, agravando ainda mais os déficit no sistema público de saúde. Assim, entendemos que os benefícios atuais da coparticipação são muito maiores, que as pequenas distorções que eventualmente existem: o que está possibilitando a atual ampliação da base de clientes no sistema é justamente as mensalidades mais competitivas, que necessitam da participação ativa do seus beneficiários, em especial com o instrumento da coparticipação.
304605	Exclusão do anexo da resolução, conforme art. 3º.
304605	Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionária da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais.
304605	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304605	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304605	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304605	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304605	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304605	Art. 2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
304605	
304605	
304605	Alteração do inciso I: I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e

Protocolo	Justificativa
304605	Apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparentar-ser forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contrataçã esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve s tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operação é maior. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos de fraude na toada do qu vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital como fator importante; contudo, a sua adoção deve se dar de forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente o Princípio Constitucior da Livre Iniciativa.
304605	Exclusão do parágrafo único: Justificativa: Não se trata apenas da adequação da cláusula Mecanismos Financeiros de Regulação, mas outras alterações e impactos no contrato vigente
304605	Exclusão do inciso I: Inciso I: Quando a operadora estiver em risco de solvência por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira operadora. A revisão técnica deve funcionar de forma preventiva para evitar a insolvência, assim o pedido de revisão técnica apenas da carteira como um to perde o sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. A avaliação desequilíbrio do plano individual ou familiar é relevante para prevenir a insolvência e fomentar a sua comercialização
304605	O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304605	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
304605	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
304605	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304605	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304605	Art. 13. Contratos celebrados antes da vigência desta norma permanecem inalterados. A mudança para as novas regras de Mecanismos Financeiros de Re será possível a pedido do CONTRATANTE, mediante a celebração de um novo contrato, podendo utilizar-se de regras legais como: portabilidade de carên mudança de plano.
304605	Alteração do parágrafo 1º: § 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
304605	IV – Excepcionalmente no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as de assistenciais, acrescida da variação da PEONA e das receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apura reajuste;
304605	

Protocolo	Justificativa
304605	Considerando que a adequação às regras desta norma requer várias alterações que impactam no processo operacional da operadora e a administração d contratos com vigências diversas e regras distintas, vai ser exigido um grande esforço da operadora na adequação dos seus sistemas de gestão. O ideal pa operacionalização é ter uma data de corte: planos celebrados a partir da vigência da norma observam a nova regra. Assim o contratante, interessado em adequar o seu contrato às novas regras tem o direito de celebrar uma nova contratação, sem carências e análise de DLP nos termos da legislação vigente
304605	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Acrescentemos, por fim, que a previsão do prazo de 60 dias como está no parágrafo é inviável na prática: as negociações para o reajuste precisam basear-em um histórico da sinistralidade e demandam reuniões e avaliações do contratante e da Operadora, diversas.
304605	No primeiro ano os contratos tem o maior impacto da constituição da PEONA, por isso a operadora sugere a alteração no inciso IV.
304605	Solicitamos a exclusão da lista de isenções proposta, considerando os significativos impactos econômico-financeiros que ela pode gerar para as Operadora de Planos de Saúde. No caso das Cooperativas Médicas Unimeds de Santa Catarina, projeta-se um aumento substancial no custo líquido, decorrente da lis de isenções sugerida pela CP 145. Esse impacto será um aumento de 2,47% no custo líquido total das Operadoras, o que equivale a R$ 96,1 milhões, mais 40% do resultado líquido acumulado pelas Operadoras de Santa Catarina de janeiro/24 a setembro/24. A recomendação anual de consultas médicas divulgada pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002 é de três consultas médicas ao ar ou seja, estão sendo propostas isenções superiores ao que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. Estimamos que apenas as isenções de coparticipação propostas na Consulta Pública nº 145, aumentará o preço dos nossos planos atualmente vendidos e quase 10%, sem considerar os percentuais de redução e limites financeiros de exposição ainda propostos na referida consulta pública. Destacamos a preocupação com a manutenção da lista de isenções, que, à medida que for atualizada, poderá gerar impactos ainda mais expressivos para operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor. Em síntese, a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação inegavelmente trará incremento de custos redistribuídos para aqueles que não são os usuários diretamente envolvidos no atendimento assistencial em questão. Os reflexos negativos são diversos com risco de desequilíbrio derivado da benes

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304605	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304605	Alteração do inciso II: II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 100% (cem por centro) do valor da contrapresta pecuniária base mensal da soma das mensalidades devidas pelo grupo familiar.

Protocolo	Justificativa
304605	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo grupo familiar, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operado atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pa a coparticipação, desde que, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 9 evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário..

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304605	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
304605	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304605	Alteração do inciso I: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, contado a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúd pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e
304605	§ 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financ Regulação incidentes sobre esta última. O presente não se aplica aos planos de assistência à saúde com previsão de copartipação apenas na segmenta ambulatorial, que permanece devida.

Protocolo	Justificativa
304605	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operado atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operasse o fato gerador da obrigação de pagar a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” O parâmetro adotado pelo STJ atende a pretensão da ANS de dar transparência e previsibilidade. Contudo, é sabido por todos a insustentabilidade econômi financeira derivada do incremento do custo para atendimento de determinadas terapias. Assim, ainda que seja necessário garantir a transparência para o beneficiário e algum limite de comprometimento econômico para ele, remanesce o problema do alto custo novo para as Operadoras sem contrapartida. Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade do grupo familiar como um to de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior do que o dobro do valor já pago pelo responsável financeiro pelo contrato. A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e cobrança do valor d coparticipação do beneficiários. Em síntese: a proposta atende ao interesse de consumidores, mantém-se em sintonia com a posição do Poder Judiciário e concede para as Operadoras alg
304605	Há contratos que tem previsão do mecanismo financeiro de regulação apenas para segmentação ambulatorial.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304605	2025-01-30 11:37:56	Operadora
304620	2025-01-30 13:32:23	Operadora
304620	2025-01-30 13:32:23	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304605	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304605	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Alteração
304605	- § 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I do caput deste ar□go será aferido proporcionalmente, mul□plicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Exclusão
304620	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração
304620	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304605	Alteração do parágrafo único: Parágrafo Único. As Operadoras que pretendem aprovação da revisão técnica estabelecida pela ANS estão obrigadas a oferecer a contratação eletrônica de de contratação individual ou familiar.
304605	Alteração do inciso VI: VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamen contratos terá limite de meta por porte da operadora: a) 75% Operadora de Grande Porte b) 72% Operadora de Médio Porte c) 70% Operadora de Pequeno porte
304605	
304620	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Atuarial de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.
304620	

Protocolo	Justificativa
304605	Obrigar a contratação eletrônica é um risco a fraude e não resolverá a déficit da carteira do plano individual ou familiar. Obrigar a contratação eletrônica do plano coletivo por adesão por entidades sujeitas ao artigo 15 da RN 557 por meio de venda online para este público também estimulará as fraudes. Da mesma forma ocorrerá na contratação do plano coletivo empresarial por empresário individual sujeito ao artigo 9 da RN 557, que, na qualidade de PJ possui elegibilidade para contratação do plano coletivo, mas é dotado de privilégios de uma pessoa física. Ambas são contratações que requerem cuidado extra, análise de elegebilidade e legalidade, inviabilizando a contratação no processo online, pois a adesão dos beneficiários ao plano contratado dependerá da análise de elegibilidade da Contratante e aprovação pela Operadora. Nenhum beneficiário pode aderir ao contrato, cuja a pessoa jurídica não tenha sido aprovada previamente pela operadora nos termos exigidos pela ANS na RN 557. Os atuais critérios estabelecidos na RN 413 não são condizentes com a contratação de plano coletivo. Mesmo que ocorram ajustes, a ANS vai imputar novos custos para a Operadora para manter e disponibilizar uma estrutura pa realização de entrevista qualificada presencial e aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Se mantida como obrigatória a venda do plano individual/familiar online, há necessidade da ANS conceder um prazo de 18 meses para que as Operadoras definam os ajustes necessários e contratação de uma solução tecnológica que atenda a norma. O art. 19 necessitará de alteração: “Art. 19. As alterações d referida norma entram em vigor 18 meses após a data de sua publicação”.
304605	O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesa não assistenciais nestas operadoras são maiores. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Esclarecemos qu os parâmetros aqui sugeridos presumem a manutenção dos índices de correção inflacionário e de sinistralidade separadamente como apontamos na sugest de exclusão do inciso V do artigo 7º .
304605	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação do beneficiário.
304620	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.
304620	Exclusão do art. 4° inciso I Justificativa: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304620	2025-01-30 13:32:23	Operadora
304620	2025-01-30 13:32:23	Operadora
304620	2025-01-30 13:32:23	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304620	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304620	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
304620	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304620	
304620	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
304620	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat

Protocolo	Justificativa
304620	Exclusão do art. 4° inciso III Justificativa: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.
304620	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.
304620	É fundamental que o Instrumento de Revisão Técnica também considere os “planos não regulamentados”. É sabido pelo Órgão Regulador que muitas Operadoras de Planos de Saúde ainda gerenciam o risco de subscrição de mútuos com tais características, desbravando desafios como a insuficiência de receita de contraprestação, o envelhecimento populacional da massa segurada e o consequente aumento dos custos assistenciais. Este cenário implica na sobreposição das despesas assistenciais em face das receitas percebidas, gerando prejuízos econômicos significativos e resultando na necessidade de subsídios cruzados entre planos regulamentados para manutenção de planos antigos. Ato contínuo, para ilustrar essa realidade, a Cooperativa Médica Unimed Sergipe possui aproximadamente 64% da sua carteira composta por planos individuais e/ou familiares. Dentro desse universo populacional, 4,5 pontos percentuais (cerca de 3.800 vidas) correspondem a Planos não Regulamentado cuja idade média é de 56 anos. Além disso, 51% dessas vidas estão na última faixa etária regulamentar (59 anos ou mais). Por fim, se o Instrumento de Revisão Técnica não contemplar essa realidade mutualística, operadoras como a Unimed Sergipe — e tantas outras que atend populações com esse perfil de risco — continuarão enfrentando altos índices de sinistralidade; sem um reajuste técnico adequado, a sustentabilidade atuar dessas carteiras permanecerá comprometida, impactando diretamente a qualidade e continuidade do atendimento desta população e a geração de resultad positivos de planos regulamentados

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304620	2025-01-30 13:32:23	Operadora
304620	2025-01-30 13:32:23	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304620	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304620	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304620	
304620	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.

Protocolo	Justificativa
304620	Exclusão do parágrafo único do art. 4° Justificativa: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo le a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.
304620	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuari de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de um carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304620	2025-01-30 13:32:23	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304620	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304620	

Protocolo	Justificativa
304620	Excluir art. 3° Inciso I Justificativa: Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/2 muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemer superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivos acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência), a sinistralidade tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão ma elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhu dos períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre em decorrência do financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a ofert desse tipo de contratação pelas operadoras.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304620	2025-01-30 13:32:23	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304620	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304619	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304620	
304619	

Protocolo	Justificativa
304620	Exclusão do art. 3° inciso III Justificativa: Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, por meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formação inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. Há um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, região com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos viola princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigo contratos em que as contraprestações não são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.
304619	Quando a operadora estiver em risco de solvência por desenquilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. A revisão técnica deve funcionar de forma preventiva para evitar a insolvência, assim o pedido de revisão técnica apenas da carteira como um to perde o sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. A avaliação desequilíbrio do plano individual ou familiar é relevante para prevenir a insolvência e fomentar a sua comercialização

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304619	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304619	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304619	Art. 2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde
304619	É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento de contratos, para o cálculo do percentual de reajuste que aplicado, conforme o seu porte, na proporção abaixo: I - Operadora de Pequeno Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 30 vidas; II – Operadora de Médio Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 60 vidas; III – Operadora de Grande Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 100 vidas;

Protocolo	Justificativa
304619	Apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparentar-ser forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contrataçã esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve s tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operação é maior. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos de fraude na toada do qu vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital como fator importante; contudo, a sua adoção deve se dar de forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente o Princípio Constitucior da Livre Iniciativa.
304619	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304619	- Art. 9º A copar□cipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde; II - percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e III - valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a □tulo de coparticipação.	Alteração
304619	- Art. 9º A copar□cipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde; II - percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e III - valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a □tulo de coparticipação.	Alteração
304619	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Alteração
304619	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304619	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
304619	Proposta de Alteração: § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos priva assistência à saúde e sua rede credenciada (direta e indireta), referenciada ou cooperada.
304619	IV – Excepcionalmente no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as de assistenciais, acrescida da variação da PEONA e das receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apura reajuste;
304619	

Protocolo	Justificativa
304619	A respeito das limitações sobre as coparticipações, destacamos os seguintes impactos: ACESSIBILIDADE: Atualmente, a existência de fator moderador torna o plano de saúde mais acessível, pois a mensalidade fixa mensal tende a ser menor. sua presença, assim, funciona como facilitador de acesso a novos beneficiários em razão do efeito de restringir o comprometimento financeiro fixo mensal p os mesmos: menor mensalidade. FATOR DE CONTENÇÃO DE CUSTOS: O fator moderador é utilizado como instrumento de negociação para reduzir a aplicação dos percentuais de reajus resultando assim em ganho direto aos beneficiários. UTILIZAÇÃO INDEVIDA, MAIS DESPERDÍCIOS, MENOS AUDITORIA: Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efe contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funcio como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança, c impacto extremamente reduzido. BENEFICIÁRIOS DE BAIXA UTILIZAÇÃO x POLÍTICA DE SUBSÍDIO: Se implementada na forma pretendida o efeito será muito forte para os beneficiário que não utilizam com frequência o plano: terão suas mensalidades agravadas para sustentar os limites impostos e atenuar os maiores utilizadores, gerand efeito nocivo ao mercado. As empresas contratantes (que são as grandes subsididoras das mensalidades dos planos de saúde e já estão tendo dificuldades suportar o impacto do aumento dos reajustes em razão das ampliações consecutivas do Rol de Procedimentos) serão fortemente impactadas com essa mudança. Tenderão as empresas a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o potencial mercad consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será aumento dos custos fixos e redução c população coberta, agravando ainda mais os déficit no sistema público de saúde. Assim, entendemos que os benefícios atuais da coparticipação são muito maiores, que as pequenas distorções que eventualmente existem: o que está possibilitando a atual ampliação da base de clientes no sistema é justamente as mensalidades mais competitivas, que necessitam da participação ativa do seus beneficiários, em especial com o instrumento da coparticipação.
304619	Os valores praticados na rede indireta, via intercâmbio ou contrato de reciprocidade, não são os mesmos praticados pela operadora na sua rede direta, sen relevante que haja previsão de que estes valores integrem a tabela de referência de coparticipação.
304619	No primeiro ano os contratos tem o maior impacto da constituição da PEONA, por isso a operadora sugere a alteração no inciso IV.
304619	Proposta de Exclusão: Inciso V e alíneas “a” e “b” Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionária da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304619	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
304619	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304619	
304619	Proposta de Alteração: § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Finance Regulação incidentes sobre esta última. O presente não se aplica aos planos de assistencia à saúde com previsão de copartipação apenas na segmenta ambulatorial, que permanece devida.

Protocolo	Justificativa
304619	Exclusão § 7º A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação do beneficiários.
304619	Há contratos que tem previsão do mecanismo financeiro de regulação apenas para segmentação ambulatorial.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304619	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
304619	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304619	Proposta de Alteração: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, contado a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúd pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e
304619	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos além dos referidos nos incisos acima, desde que esta expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304619	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operado atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pa a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” O parâmetro adotado pelo STJ atende a pretensão da ANS de dar transparência e previsibilidade. Contudo, é sabido por todos a insustentabilidade econôm financeira derivada do incremento do custo para atendimento de determinadas terapias. Assim, ainda que seja necessário garantir a transparência para o beneficiário e algum limite de comprometimento econômico para ele, remanesce o problema do alto custo novo para as Operadoras sem contrapartida. Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade do grupo familiar como um to de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior do que o dobro do valor já pago pelo responsável financeiro pelo contrato. A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e cobrança do valor d coparticipação do beneficiários. Em síntese: a proposta atende ao interesse de consumidores, mantém-se em sintonia com a posição do Poder Judiciário e concede para as Operadoras alg limite razoável.
304619	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304619	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304619	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
304619	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304619	
304619	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
304619	Proposta de Alteração: II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 100% (cem por centro) do valor da contrapresta pecuniária base mensal da soma das mensalidades devidas pelo grupo familiar.

Protocolo	Justificativa
304619	Exclusão paragrafo único Não se trata apenas da adequação da cláusula Mecanismos Financeiros de Regulação, mas outras alterações e impactos no contrato vigente.
304619	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Acrescentemos, por fim, que a previsão do prazo de 60 dias como está no parágrafo é inviável na prática: as negociações para o reajuste precisam basear-em um histórico da sinistralidade e demandam reuniões e avaliações do contratante e da Operadora, diversas.
304619	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo grupo familiar, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operado atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pa a coparticipação, desde que, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 9 evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304619	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
304619	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304619	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Alteração
304619	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
304619	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
304619	- Art. 40. Para os efeitos desta Resolução, a quan□dade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no § 1º deste artigo.	Alteração
304619	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304619	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e
304619	
304619	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamen contratos terá limite de meta por porte da operadora: a) 75% Operadora de Grande Porte b) 72% Operadora de Médio Porte c) 70% Operadora de Pequeno porte
304619	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor 18 (dezoito) meses após a sua publicação.
304619	Contratos celebrados antes da vigência desta norma permanecem inalterados. A mudança para as novas regras de Mecanismos Financeiros de Regulaçã possível a pedido do CONTRATANTE, mediante a celebração de um novo contrato, podendo utilizar-se de regras legais como: portabilidade de carência mudança de plano.
304619	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantida beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se a soma do n de beneficiários das contratantes for maior que o limite para a formação do agrupamento.
304619	Proposta de Alteração: § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal, bem como data de execução do procedimento nos últ meses.

Protocolo	Justificativa
304619	O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores.
304619	Exclusão do anexo conforme art 3º
304619	o ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesa não assistenciais nestas operadoras são maiores. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Esclarecemos qu os parâmetros aqui sugeridos presumem a manutenção dos índices de correção inflacionário e de sinistralidade separadamente como apontamos na sugest de exclusão do inciso V do artigo 7º .
304619	As mudanças apresentadas pela norma impactam nos processos operacionais da operadora, exigem várias parametrizações e controles que precisam se desenvolvidos, testados e só depois implementados.
304619	Considerando que a adequação às regras desta norma requer várias alterações que impactam no processo operacional da operadora e a administração d contratos com vigências diversas e regras distintas, vai ser exigido um grande esforço da operadora na adequação dos seus sistemas de gestão. O ideal pa operacionalização é ter uma data de corte: planos celebrados a partir da vigência da norma observam a nova regra. Assim o contratante, interessado em adequar o seu contrato às novas regras tem o direito de celebrar uma nova contratação, sem carências e análise de DLP nos termos da legislação vigente
304619	Considerando que a negociação, contratação do plano parte de um preço único previamente acordado entre a Operadora de planos de saúde e administrad de benefício, não faz sentido para as contratantes, a depender da soma do seu número de beneficiários, receberem um reajuste diferente. Isso importará e diferentes tabelas de preços para adesão de novos beneficiários, bem como novas contratantes.
304619	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação do beneficiários

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora
304619	2025-01-30 13:34:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304619	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304619	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304619	
304619	Parágrafo Único. As Operadoras que pretendem aprovação da revisão técnica estabelecida pela ANS estão obrigadas a oferecer a contratação eletrônica de de contratação individual ou familiar.

Protocolo	Justificativa
304619	Solicitamos a exclusão da lista de isenções proposta, considerando os significativos impactos econômico-financeiros que ela pode gerar para as Operadora de Planos de Saúde. No caso das Cooperativas Médicas Unimeds de Santa Catarina, projeta-se um aumento substancial no custo líquido, decorrente da lis de isenções sugerida pela CP 145. Esse impacto será um aumento de 2,47% no custo líquido total das Operadoras, o que equivale a R$ 96,1 milhões, mais 40% do resultado líquido acumulado pelas Operadoras de Santa Catarina de janeiro/24 a setembro/24. A recomendação anual de consultas médicas divulgada pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002 é de três consultas médicas ao ar ou seja, estão sendo propostas isenções superiores ao que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. Estimamos que apenas as isenções de coparticipação propostas na Consulta Pública nº 145, aumentará o preço dos nossos planos atualmente vendidos e quase 10%, sem considerar os percentuais de redução e limites financeiros de exposição ainda propostos na referida consulta pública. Destacamos a preocupação com a manutenção da lista de isenções, que, à medida que for atualizada, poderá gerar impactos ainda mais expressivos para operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor. Em síntese, a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação inegavelmente trará incremento de custos redistribuídos para aqueles que não são os usuários diretamente envolvidos no atendimento assistencial em questão. Os reflexos negativos são diversos com risco de desequilíbrio derivado da benes
304619	Obrigar a contratação eletrônica é um risco a fraude e não resolverá a déficit da carteira do plano individual ou familiar. Obrigar a contratação eletrônica do plano coletivo por adesão por entidades sujeitas ao artigo 15 da RN 557 por meio de venda online para este público também estimulará as fraudes. Da mesm forma ocorrerá na contratação do plano coletivo empresarial por empresário individual sujeito ao artigo 9 da RN 557, que, na qualidade de PJ possui elegibilidade para contratação do plano coletivo, mas é dotado de privilégios de uma pessoa física. Ambas são contratações que requerem cuidado extra, análise de elegebilidade e legalidade, inviabilizando a contratação no processo online, pois a adesão dos beneficiários ao plano contratado dependerá da análise de elegibilidade da Contratante e aprovação pela Operadora. Nenhum beneficiário pode aderir ao contrato, cuja a pessoa jurídica não tenha sido aprovada previamente pela operadora nos termos exigidos pela ANS na RN 557. Os atuais critérios estabelecidos na RN 413 não são condizentes com a contratação de plano coletivo. Mesmo que ocorram ajustes, a ANS vai imputar novos custos para a Operadora para manter e disponibilizar uma estrutura para realização de entrevista qualificada presencial e aplicação obrigatória de perícia médica em cidad diversas. Se mantida como obrigatória a venda do plano individual/familiar online, há necessidade da ANS conceder um prazo de 18 meses para que as Operadoras definam os ajustes necessários e contratação de uma solução tecnológica que atenda a norma. O art. 19 necessitará de alteração: “Art. 19. As alterações d referida norma entram em vigor 18 meses após a data de sua publicação”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304621	2025-01-30 13:44:25	Órgão de defesa do consumidor
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304621	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Exclusão
304636	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304621	
304636	IV – Excepcionalmente no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as de assistenciais, acrescida da variação da PEONA e das receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste;

Protocolo	Justificativa
304621	Gostaríamos de acrescentar ao que já tínhamos encaminhado, anteriormente nesta Consulta pública e apresentado na Audiência Pública nº 50, realizada e 29.01.2025, sobre o nosso posicionamento referente à exclusão de qualquer regulação sobre Reajuste por Revisão Técnica., Preliminarmente, por ferir o Código de Defesa do Consumidor, por se tratar de alteração unilateral do contrato e, consequentemente colocar o consumidor em situação excessivamente desvantagem e insegurança. E, também, respaldamos a concordância com o posicionamento da Subsecretaria de Acompanhamento Econômico e Regulaç (SEAE) da Secretaria de Reformas Econômicas do Ministério da Fazenda, que se opôs à regulamentação de Revisão Técnica por meio de parecer técnico (processo SEI nº 33910.029532/2024-09), conforme constando AIR sobre Revisão Técnica, disponível no site da ANS, consultado na data de hoje. A seguir, a posição do Ministério da Fazenda: "Cabe registrar que a Subsecretaria de Acompanhamento Econômico e Regulação (SEAE) da Secretaria de Reformas Econômicas do Ministério da Fazenda também se opôs à regulamentação de mecanismo de Revisão Técnica por meio de parecer técnico (proces SEI nº 33910.029532/2024-09), ponderando que os planos individuais “já contam com mecanismo próprio de reajuste anual” com metodologia que “permite recomposição das despesas incorridas pelas operadoras, de modo que a previsão de [Revisão Técnica] tem o potencial de premiar possíveis ineficiências e gestão da carteira de determinadas operadoras em detrimento de operadoras que não demandam esse mecanismo de reajuste e se submetem ao reajust baseado apenas no IRPI”. A SEAE lembrou que o setor teve resultado líquido agregado positivo no primeiro trimestre de 2024 e que opera em linha de tendência crescente desde o terceiro trimestre de 2022. Por fim, destacou a ausência de indicadores de insolvência no setor, concluindo que “não foi possív identificar um fator que justifique a necessidade de revisão técnica, por meio de reajustes extraordinários de contribuições pecuniárias pagas pelos beneficiários”.
304636	No primeiro ano os contratos tem o maior impacto da constituição da PEONA, por isso a operadora sugere a alteração no inciso IV.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304636	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
304636	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304636	- limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, contado a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, não pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e
304636	Proposta de Alteração: (*PS: estudos sendo realizados pela área Atuarial da Unimed SC) VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobetura odontológica ou em agrupamentos de contratos terá limite de meta por porte da operadora: a) 75% Operadora de Grande Porte b) 72% Operadora de Médio Porte c) 70% Operadora de Pequeno porte

Protocolo	Justificativa
304636	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual que não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais de Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operadora atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pagar a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titular, mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” O parâmetro adotado pelo STJ atende a pretensão da ANS de dar transparência e previsibilidade. Contudo, é sabido por todos a insustentabilidade econômica-financeira derivada do incremento do custo para atendimento de determinadas terapias. Assim, ainda que seja necessário garantir a transparência para o beneficiário e algum limite de comprometimento econômico para ele, remanesce o problema do
304636	O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despes não assistenciais nestas operadoras são maiores. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Esclarecemos q os parâmetros aqui sugeridos presumem a manutenção dos indices de correção inflacionário e de sinistralidade separadamente como apontamos na sugest de exclusão do inciso V do artigo 7º.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304636	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304636	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
304636	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
304636	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304636	
304636	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor 18 (dezoito) meses após a sua publicação.
304636	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e
304636	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento de contratos, para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado, conforme o seu porte, na proporção abaixo: I - Operadora de Pequeno Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 30 vidas; II – Operadora de Médio Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 60 vidas; III – Operadora de Grande Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 100 vidas

Protocolo	Justificativa
304636	Solicitamos a exclusão da lista de isenções proposta, considerando os significativos impactos econômico-financeiros que ela pode gerar para as Operadoras de Planos de Saúde. No caso das Cooperativas Médicas Unimeds de Santa Catarina, projeta-se um aumento substancial no custo líquido, decorrente da lista de isenções sugerida pela CP 145. Esse impacto será um aumento de 2,47% no custo líquido total das Operadoras, o que equivale a R$ 96,1 milhões, mais de 40% do resultado líquido acumulado pelas Operadoras de Santa Catarina de janeiro/24 a setembro/24. A recomendação anual de consultas médicas divulgada pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002 é de três consultas médicas ao ano, ou seja, estão sendo propostas isenções superiores ao que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. Estimamos que apenas as isenções de coparticipação propostas na Consulta Pública nº 145, aumentará o preço dos nossos planos atualmente vendidos em quase 10%, sem considerar os percentuais de redução e limites financeiros de exposição ainda propostos na referida consulta pública. Destacamos a preocupação com a manutenção da lista de isenções, que, à medida que for atualizada, poderá gerar impactos ainda mais expressivos para as operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor. Em síntese, a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação inegavelmente trará incremento de custos redistribuídos para aqueles que não são os usuários diretamente envolvidos no atendimento assistencial em questão. Os reflexos negativos são diversos com risco de desequilíbrio derivado da benesse.
304636	As mudanças apresentadas pela norma impactam nos processos operacionais da operadora, exigem várias parametrizações e controles que precisam se desenvolvidos, testados e só depois implementados
304636	O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo utilização das faixas etárias maiores.
304636	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304636	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304636	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Alteração
304636	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
304636	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304636	
304636	§ 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal, bem como data de execução do procedimento nos últimos 12 meses.
304636	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos priva assistência à saúde e sua rede credenciada (direta e indireta), referenciada ou cooperada.
304636	

Protocolo	Justificativa
304636	Proposta de Exclusão: Inciso V e alíneas “a” e “b” V – é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser utilizado índice de preço; e b) nos casos em que for utilizado índice de preço não poderá ser utilizado percentual por meta de sinistralidade. Justificativa: Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionária da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico?financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais.
304636	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação do beneficiários.
304636	Os valores praticados na rede indireta, via intercâmbio ou contrato de reciprocidade, não são os mesmos praticados pela operadora na sua rede direta, sen relevante que haja previsão de que estes valores integrem a tabela de referência de coparticipação.
304636	Proposta de Exclusão Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação. Justificativa: Não se trata apenas da adequação da cláusula Mecanismos Financeiros de Regulação, mas outras alterações e impactos no contrato vigente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304636	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304636	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
304636	A respeito das limitações sobre as coparticipações, destacamos os seguintes impactos: ACESSIBILIDADE: Atualmente, a existência de fator moderador torna o plano de saúde mais acessível, pois a mensalidade fixa mensal tende a ser menor. A sua presença, assim, funciona como facilitador de acesso a novos beneficiários em razão do efeito de restringir o comprometimento financeiro fixo mensal para os mesmos: menor mensalidade. FATOR DE CONTENÇÃO DE CUSTOS: O fator moderador é utilizado como instrumento de negociação para reduzir a aplicação dos percentuais de reajuste, resultando assim em ganho direto aos beneficiários. UTILIZAÇÃO INDEVIDA, MAIS DESPERDÍCIOS, MENOS AUDITORIA: Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança, ou impacto extremamente reduzido. BENEFICIÁRIOS DE BAIXA UTILIZAÇÃO x POLÍTICA DE SUBSÍDIO: Se implementada na forma pretendida o efeito será muito forte para os beneficiários que não utilizam com frequência o plano: terão suas mensalidades agravadas para sustentar os limites impostos e atenuar os maiores utilizadores, gerando efeito nocivo ao mercado. As empresas contratantes (que são as grandes subsididoras das mensalidades dos planos de saúde e já estão tendo dificuldades de suportar o impacto do aumento dos reajustes em razão das ampliações consecutivas do Rol de Procedimentos) serão fortemente impactadas com essa mudança. Tenderão as empresas a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o potencial mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficit no sistema público de saúde. Assim, entendemos que os benefícios atuais da coparticipação são muito maiores, que as pequenas distorções que eventualmente existem: o que está possibilitando a atual ampliação da base de clientes no sistema é justamente as mensalidades mais competitivas, que necessitam da participação ativa dos seus beneficiários, em especial com o instrumento da coparticipação

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304636	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304636	Proposta de Alteração: Parágrafo Único. As Operadoras que pretendem aprovação da revisão técnica estabelecida pela ANS estão obrigadas a oferecer a contratação eletrônica de planos de contratação individual ou familiar.

Protocolo	Justificativa
304636	Obrigar a contratação eletrônica é um risco a fraude e não resolverá a déficit da carteira do plano individual ou familiar. Obrigar a contratação eletrônica do plano coletivo por adesão por entidades sujeitas ao artigo 15 da RN 557 por meio de venda online para este público também estimulará as fraudes. Da mesma forma ocorrerá na contratação do plano coletivo empresarial por empresário individual sujeito ao artigo 9 da RN 557, que, na qualidade de PJ possui elegibilidade para contratação do plano coletivo, mas é dotado de privilégios de uma pessoa física. Ambas são contratações que requerem cuidado extra, análise de elegibilidade e legalidade, inviabilizando a contratação no processo online, pois a adesão dos beneficiários ao plano contratado dependerá da análise de elegibilidade da Contratante e aprovação pela Operadora. Nenhum beneficiário pode aderir ao contrato, cuja a pessoa jurídica não tenha sido aprovada previamente pela operadora nos termos exigidos pela ANS na RN 557. Os atuais critérios estabelecidos na RN 413 não são condizentes com a contratação de plano coletivo. Mesmo que ocorram ajustes, a ANS vai imputar novos custos para a Operadora para manter e disponibilizar uma estrutura para realização de entrevista qualificada presencial e aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Se mantida como obrigatória a venda do plano individual/familiar online, há necessidade da ANS conceder um prazo de 18 meses para que as Operadoras definam os ajustes necessários e contratação de uma solução tecnológica que atenda a norma. O art. 19 necessitará de alteração: “Art. 19. As alterações da referida norma entram em vigor 18 meses após a data de sua publicação”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304636	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
304636	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304636	II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 100% (cem por centro) do valor da contraprest pecuniária base mensal da soma das mensalidades devidas pelo grupo familiar
304636	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos além dos referidos nos incisos acima, desde que esta expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304636	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo grupo familiar, resultando em um limite anual que não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais de Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operadora atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pagar a coparticipação, desde que, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 9 evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titular, mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário
304636	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304636	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304636	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
304636	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304636	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304636	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantida beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se a soma do r de beneficiários das contratantes for maior que o limite para a formação do agrupamento.
304636	Art. 13. Contratos celebrados antes da vigência desta norma permanecem inalterados. A mudança para as novas regras de Mecanismos Financeiros de Re será possível a pedido do CONTRATANTE, mediante a celebração de um novo contrato, podendo utilizar-se de regras legais como: portabilidade de carên mudança de plano.
304636	Art. 2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
304636	

Protocolo	Justificativa
304636	Considerando que a negociação, contratação do plano parte de um preço único previamente acordado entre a Operadora de planos de saúde e administrad de benefício, não faz sentido para as contratantes, a depender da soma do seu número de beneficiários, receberem um reajuste diferente. Isso importará e diferentes tabelas de preços para adesão de novos beneficiários, bem como novas contratantes.
304636	Considerando que a adequação às regras desta norma requer várias alterações que impactam no processo operacional da operadora e a administração d contratos com vigências diversas e regras distintas, vai ser exigido um grande esforço da operadora na adequação dos seus sistemas de gestão. O ideal para operacionalização é ter uma data de corte: planos celebrados a partir da vigência da norma observam a nova regra. Assim o contratante, interessado em adequar o seu contrato às novas regras tem o direito de celebrar uma nova contratação, sem carências e análise de DLP nos termos da legislação vigente.
304636	Apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparentar-se forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contrataçã esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve s tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operação é maior. A experiên tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados, etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos de fraude na toada do que vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura pa entrevista qualificada presencial, com aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercad assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital como fator importante; contudo, a sua adoção deve se dar forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente o Princípio Constitucional da Livre Iniciativa
304636	Proposta de Exclusão: I- a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; Justificativa: Quando a operadora estiver em risco de solvência por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. A revisão técnica deve funcionar de forma preventiva para evitar a insolvência, assim o pedido de revisão técnica apenas da carteira como um to perde o sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. A avaliação desequilíbrio do plano individual ou familiar é relevante para prevenir a insolvência e fomentar a sua comercialização

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora
304636	2025-01-30 15:06:52	Operadora
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304636	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
304636	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Alteração
304648	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304636	Proposta de Alteração: § 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
304636	§ 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financ Regulação incidentes sobre esta última. O presente não se aplica aos planos de assistencia à saúde com previsão de copartipação apenas na segmenta ambulatorial, que permanece devida.
304648	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colo entre outros insumos inerentes.

Protocolo	Justificativa
304636	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Acrescentemos, por fim, que a previsão do prazo de 60 dias como está no parágrafo é inviável na prática: as negociações para o reajuste precisam basear-se em um histórico da sinistralidade e demandam reuniões e avaliações do contratante e da Operadora, diversas.
304636	Há contratos que tem previsão do mecanismo financeiro de regulação apenas para segmentação ambulatorial.
304648	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304648	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
304648	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304648	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat

Protocolo	Justificativa
304648	É fundamental que o Instrumento de Revisão Técnica também considere os “planos não regulamentados”. É sabido pelo Órgão Regulador que muitas Operadoras de Planos de Saúde ainda gerenciam o risco de subscrição de mútuos com tais características, desbravando desafios como a insuficiência de receita de contraprestação, o envelhecimento populacional da massa segurada e o consequente aumento dos custos assistenciais. Este cenário implica na sobreposição das despesas assistenciais em face das receitas percebidas, gerando prejuízos econômicos significativos e resultando na necessidade de subsídios cruzados entre planos regulamentados para manutenção de planos antigos. Ato contínuo, para ilustrar essa realidade, a Cooperativa Médica Unimed Sergipe possui aproximadamente 64% da sua carteira composta por planos individuais e/ou familiares. Dentro desse universo populacional, 4,5 pontos percentuais (cerca de 3.800 vidas) correspondem a Planos não Regulamentado cuja idade média é de 56 anos. Além disso, 51% dessas vidas estão na última faixa etária regulamentar (59 anos ou mais). Por fim, se o Instrumento de Revisão Técnica não contemplar essa realidade mutualística, operadoras como a Unimed Sergipe — e tantas outras que atend populações com esse perfil de risco — continuarão enfrentando altos índices de sinistralidade; sem um reajuste técnico adequado, a sustentabilidade atuar dessas carteiras permanecerá comprometida, impactando diretamente a qualidade e continuidade do atendimento desta população e a geração de resultad positivos de planos regulamentados

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304648	

Protocolo	Justificativa
304648	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvênc de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade isenções. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
304648	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração
304648	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304648	
304648	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.
304648	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Protocolo	Justificativa
304648	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e ma capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimento, o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização d sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúd ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acesso a esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
304648	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.
304648	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão
304648	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304648	
304648	

Protocolo	Justificativa
304648	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processua e judiciais.
304648	Ao analisar o inciso III do art. 3º, entende-se que este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plan individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, por meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formação inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. Há um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, região com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos viola princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigo contratos em que as contraprestações não são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304648	

Protocolo	Justificativa
304648	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a deman no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, poi induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contrat em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/ano. Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a propos vai contra o risco moral exposto pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação perda) Da mesma forma, sobre a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando o impacto de todas as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕ ao comparar o resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positivo de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Estima-s que a sinistralidade aumente em 7,5 pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verifica-se que a manutenção da regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilizaçã dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades em 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304648	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304648	
304648	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
304648	Ao analisar o paragrafo único do artigo 13, conclui-se que em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamer desta natureza, portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca-se ainda que, o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo-se as características do produto.
304648	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais asserti é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tip de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304648	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz

Protocolo	Justificativa
304648	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
304648	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
304648	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304648	
304648	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.
304648	

Protocolo	Justificativa
304648	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar condicionado ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive co criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresariais por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-se que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência c forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultanc ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto deve continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligadas com fraudes e prejuízo financeiros.
304648	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria c cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuari de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de um carteira de planos de saúde.
304648	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefí para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
304648	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304648	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304648	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304648	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz
304648	
304648	
304648	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.

Protocolo	Justificativa
304648	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
304648	Ao analisar o parágrafo único do art. 4º conclui-se que não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo le a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.
304648	Ao analisar o inciso III do art. 4º entende-se que não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minu É importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidad da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo d compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.
304648	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
304648	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304648	
304648	

Protocolo	Justificativa
304648	Ao analisar o inciso III do art. 6º conclui-se que a redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretan defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.
304648	Ao analisar o inciso II do art. 5º conclui-se que para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual p procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e qua ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviáv

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
304648	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão
304648	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Alteração
304648	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304648	
304648	
304648	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;
304648	

Protocolo	Justificativa
304648	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.
304648	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processu e judiciais.
304648	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretan defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,6(no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% d carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquid
304648	Ao analisar o inciso I do art. 4º entende-se que não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessida de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importa destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisã técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível u termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304648	

Protocolo	Justificativa
304648	Ao analisar o inciso I do art. 3º, entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de plan coletivos. Deve ser excluído o inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitári Quando a operadora estiver em risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisão técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/2 muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemer superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivos acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência), a sinistralidade tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão ma elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhu dos períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre em decorrência do financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a ofert desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, a demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individuai pelos planos coletivos. Se manter o critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operadora apresentará. Ademais é importante destacar que, às Agências Reguladoras, não é permitida a criação de leis ou mesmo a inovação daquilo que o legislador definiu. Nes

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304648	

Protocolo	Justificativa
304648	Ao analisar o inciso I do art. 5º conclui-se que para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual p procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e qua ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviáv para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações da coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- § 2º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, até o 30º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma. § 3º Após o 31º dia de internação, consecu□vos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar copar□cipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304648	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perc sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.

Protocolo	Justificativa
304648	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica, a partir do 31º dia, portanto, proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência d cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora
304648	2025-01-30 17:55:40	Operadora
304663	2025-01-30 21:13:45	Paciente
304663	2025-01-30 21:13:45	Paciente
304675	2025-01-31 08:51:06	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304648	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
304648	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão
304663	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
304663	- § 1º A notificação realizar-se-á: I - ordinariamente, por via postal, cuja entrega será comprovada pelo Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente emitido pelo serviço postal, devidamente assinado; ou II - por edital publicado uma única vez no Diário Oficial da União, se frustrada a tenta□va de no□ficação por via postal.	Inclusão
304675	- Art. 2º Define-se por Revisão Técnica a correção de desequilíbrios constatados nos planos privados de assistência à saúde a que se refere o art. 1º, mediante reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias, mantidas as condições gerais do contrato.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304648	
304648	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.
304663	"(...)máximo a ser cobrado do beneficiario não poderá ultrapassar 20% (vinte por cento) do valor monetário do procedimento "
304663	Ou via meio eletrônico (e-mail) previamente cadastrado no sistema.
304675	Art. 2º Define-se por Revisão Técnica a correção de desequilíbrios constatados nos planos privados de assistência à saúde a que se refere o art. 1º, med reajustamento dos valores das contraprestações pecuniárias, mantidas as condições gerais do contrato.

Protocolo	Justificativa
304648	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário d contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.
304648	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.
304663	Os reajustes dos convênios coletivos sempre são abusivos em relação ao plano individual. No caso dos plano de coparticipação, 20% está mais que suficier Lembrem-se das famílias de baixa renda que se esforçam para pagar um convênio para seus filhos.
304663	Precisamos usar o correio eletrônico e evitar ao máximo papel. Meio ambiente agradece.
304675	Sugere-se a substituição do termo “reposicionamento” por “reajustamento” por conferir uma semântica mais didática e clara ao texto. Além do mais, revisã pressupõe a alteração do valor pecuniário e é de fundamental importância que eventuais abusividades e excessos sejam coibidos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
304686	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304686	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão ser atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos dos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.
304686	

Protocolo	Justificativa
304686	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos deve prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.
304686	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304686	

Protocolo	Justificativa
304686	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de devendo ser aplicado da seguinte forma: coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora . De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304686	

Protocolo	Justificativa
304686	Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca -se ainda que , o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304686	

Protocolo	Justificativa
304686	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304686	

Protocolo	Justificativa
304686	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304686	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
304686	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304686	

Protocolo	Justificativa
304686	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operadora faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304686	

Protocolo	Justificativa
304686	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contratos em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- Art. 27 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304686	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade definido de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze meses consecutivos;

Protocolo	Justificativa
304686	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômicofinanceiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
304686	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304686	
304686	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
304686	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.
304686	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assertiva é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tipo de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304686	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, entre outros insumos inerentes

Protocolo	Justificativa
304686	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304686	

Protocolo	Justificativa
304686	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304686	

Protocolo	Justificativa
304686	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304686	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta não comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Protocolo	Justificativa
304686	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304686	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;

Protocolo	Justificativa
304686	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
304686	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304686	
304686	

Protocolo	Justificativa
304686	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO
304686	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
304686	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304686	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados.
304686	

Protocolo	Justificativa
304686	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO
304686	max@unimedsantarita.coop.br

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304686	2025-01-31 09:46:40	Prestador
304700	2025-01-31 10:37:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304686	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
304700	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304686	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados.
304700	

Protocolo	Justificativa
304686	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma
304700	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, suge se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comer da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304700	2025-01-31 10:37:07	Operadora
304700	2025-01-31 10:37:07	Operadora
304700	2025-01-31 10:37:07	Operadora
304700	2025-01-31 10:37:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304700	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
304700	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304700	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304700	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304700	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
304700	
304700	
304700	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.

Protocolo	Justificativa
304700	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.
304700	Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, p meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formaç inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. Há um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS depender do mercado de atuação da operadora, região com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos viola princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigo contratos em que as contraprestações não são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.
304700	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo levar a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.
304700	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria d cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sob Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304700	2025-01-31 10:37:07	Operadora
304700	2025-01-31 10:37:07	Operadora
304700	2025-01-31 10:37:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304700	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
304700	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304700	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304700	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat
304700	
304700	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, ten referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
304700	É fundamental que o Instrumento de Revisão Técnica também considere os “planos não regulamentados”. É sabido pelo Órgão Regulador que muitas Operadoras de Planos de Saúde ainda gerenciam o risco de subscrição de mútuos com tais características, desbravando desafios como a insuficiência de receita de contraprestação, o envelhecimento populacional da massa segurada e o consequente aumento dos custos assistenciais. Este cenário implica na sobreposição das despesas assistenciais em face das receitas percebidas, gerando prejuízos econômicos significativos e resultando na necessidade de subsídios cruzados entre planos regulamentados para manutenção de planos antigos. Ato contínuo, para ilustrar essa realidade, a Cooperativa Médica Unimed Sergipe possui aproximadamente 64% da sua carteira composta por planos individuais e/ou familiares. Dentro desse universo populacional, 4,5 pontos percentuais (cerca de 3.800 vidas) correspondem a Planos não Regulamentado cuja idade média é de 56 anos. Além disso, 51% dessas vidas estão na última faixa etária regulamentar (59 anos ou mais). Por fim, se o Instrumento de Revisão Técnica não contemplar essa realidade mutualística, operadoras como a Unimed Sergipe — e tantas outras que atend populações com esse perfil de risco — continuarão enfrentando altos índices de sinistralidade; sem um reajuste técnico adequado, a sustentabilidade atuar dessas carteiras permanecerá comprometida, impactando diretamente a qualidade e continuidade do atendimento desta população e a geração de resultados positivos de planos regulamentados
304700	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.
304700	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304700	2025-01-31 10:37:07	Operadora
304704	2025-01-31 10:57:33	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304700	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304704	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304700	
304704	

Protocolo	Justificativa
304700	Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído o inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver em risco de solvência, por desequilíbrio econômico financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisão técnica do plano individual ou familiar perde seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, o estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/24, muito superior ao planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos plan coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidad das contratações individuais é consistentemente superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivos acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste d planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletiv diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência), a sinistralidade do tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão mais elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. No casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhum do períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre em decorrência do financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, r haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a oferta desse tipo de contratação pelas operador Se considerar o primeiro requisito, a demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individuai pelos planos coletivos. Se manter o critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operadora apresentará. Ademais é importante destacar que, às Agências Reguladoras, não é permitida a criação de leis ou mesmo a inovação daquilo que o legislador definiu. Nesse sentido, veja que art. 4º, XVII, da Lei nº 9961/2000 e o art. 16, XI, da Lei nº 9.656/98, estabelecem a viabilidade de revisão técnica, entretanto, não in requisitos dos quais a norma pretende criar. Portanto, a inclusão dos critérios de elegibilidade/contrapartidas trata-se de uma inovação legal e vai além do q o legislador pretendeu ao dispor do tema conforme referidos dispositivos. Aliás, no que tange à demonstração de desequilíbrio da carteira de planos individuais, já que a ANS entende a meta de sinistralidade de 75% é suficiente para fins de cálculo do reajuste do plano coletivo, entende-se que o mesmo indicador poderia ser um parâmetro para concessão da revisão técnica nos planos individuais. Ou seja, ultrapassada essa meta, seria possível a concessão revisão técnica.
304704	Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionária da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304704	2025-01-31 10:57:33	Operadora
304704	2025-01-31 10:57:33	Operadora
304704	2025-01-31 10:57:33	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304704	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304704	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
304704	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304704	
304704	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
304704	Art. 2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.

Protocolo	Justificativa
304704	Proposta de Exclusão: I- a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; Justificativa: Quando a operadora estiver em risco de solvência por desenquilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameça confirmada que envolve toda carteria da operadora. A revisão técnica deve funcionar de forma preventiva para evitar a insolvência, assim o pedido de revisão técnica apenas da carteira como um todo perde o sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado avaliação do desequilíbrio do plano individual ou familiar é relevante para previnir a insolvência e fomentar a sua comercialização
304704	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Acrescentemos, por fim, que a previsão do prazo de 60 dias como está no parágrafo é inviável na prática: as negociações para o reajuste precisam basear-se em um histórico da sinistralidade e demandam reuniões e avaliações do contratante e da Operadora, diversas.
304704	Apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparentar-ser forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contrataçã esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve s tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operação é maior. A experiên tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados, etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos d fraude na toada do que vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá er custo acrescido para o mercado assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital como fator importante; contudo, a sua adoção deve se dar de forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente o Princípio Constitucional da Livre Iniciativa

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304704	2025-01-31 10:57:33	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304704	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304697	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
304697	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304704	
304697	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat
304697	

Protocolo	Justificativa
304704	Solicitamos a exclusão da lista de isenções proposta, considerando os significativos impactos econômico-financeiros que ela pode gerar para as Operadoras de Planos de Saúde. No caso das Cooperativas Médicas Unimeds de Santa Catarina, projeta-se um aumento substancial no custo líquido, decorrente da lista de isenções sugerida pela CP 145. Esse impacto será um aumento de 2,47% no custo líquido total das Operadoras, o que equivale a R$ 96,1 milhões, mais de 40% do resultado líquido acumulado pelas Operadoras de Santa Catarina de janeiro/24 a setembro/24. A recomendação anual de consultas médicas divulgada pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002 é de três consultas médicas ao ano, ou seja, estão sendo propostas isenções superiores ao que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. Estimamos que apenas as isenções de coparticipação propostas na Consulta Pública nº 145, aumentará o preço dos nossos planos atualmente vendidos em quase 10%, sem considerar os percentuais de redução e limites financeiros de exposição ainda propostos na referida consulta pública. Destacamos a preocupação com a manutenção da lista de isenções, que, à medida que for atualizada, poderá gerar impactos ainda mais expressivos para as operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor. Em síntese, a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação inegavelmente trará incremento de custos redistribuídos para aqueles que não são os usuários diretamente envolvidos no atendimento assistencial em questão. Os reflexos negativos são diversos com risco de desequilíbrio derivado da benesse
304697	Necessário incluir todos os planos não regulamentados, devido à defasagem que eles apresentam atualmente, gerando grandes prejuízos e vultuoso resulta negativo, que podem ocasionar a quebra da operadora, especialmente aquelas que possuam uma carteira considerável de planos não regulamentados. Apenas para citar um exemplo, dentre de tantos outros, a Unimed Sergipe possui mais de 60% da carteira nessa situação e esse é só um caso em que se n houver a possibilidade de revisão técnica, com a ocorrência do financiamento dos planos coletivos, a longo prazo certamente não será sustentável.
304697	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processua e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304697	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze m consecutivos.

Protocolo	Justificativa
304697	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionár da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômi financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figu jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pe operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálcul utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entra para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços por contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar um aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala q os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução de número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde públ e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304697	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304697	
304697	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
304697	Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrante do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/24, muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério d elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemente superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivo acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo d regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da propo apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômicofinanceiros que ameacem sua solvência), sinistralidade do tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão mais elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhum dos períodos, pois a maior sinistralidade est em 83%. Isso ocorre em decorrência do financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnic já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a oferta desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos. Se manter critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operadc apresentará. Aliás, no que tange à demonstração de desequilíbrio da carteira de planos individuais, já que a ANS entende a meta de sinistralidade de 75% suficiente para fins de cálculo do reajuste do plano coletivo, entende-se que o mesmo indicador poderia ser um parâmetro para concessão da revisão técnic nos planos individuais. Ou seja, ultrapassada essa meta, seria possível a concessão da revisão técnica.
304697	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assertiv é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tip de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
304697	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304697	
304697	

Protocolo	Justificativa
304697	Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além promover uma indexação do seto r . Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberdade econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima de 25%, sendo 85% de pequeno porte, 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero ou negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesas não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade me de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. E patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) ond sinistralidade meta corresponde a (1 – C), sendo “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cada operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabeleci na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistenci diferente uma da outra. Deste modo, não deve ser previamente estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de uma sinistralidade meta mínin não se justifica. Tal medida limitaria a liberdade econômica das operadoras, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas.
304697	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um arcondiciona ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, um vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausên de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusiv com criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversa Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresaria por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. Já que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende -s que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência de forma mal -intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultando ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto dev continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligada com fraudes e prejuízos financeiros.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304697	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão
304697	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração
304697	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304697	
304697	
304697	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)
304697	Inciso I: I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eve realizados.

Protocolo	Justificativa
304697	Inciso I: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em u horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento n deve ser entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaraçã que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.
304697	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processua e judiciais.
304697	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representar apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada a pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior port adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empres que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenç dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
304697	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que const no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só c as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304697	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304697	
304697	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.

Protocolo	Justificativa
304697	Inciso III. Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não de consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, p meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formaç inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operador torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. H um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, regiã com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos vi princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigor contratos em que as contraprestações n são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que se possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial d operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.
304697	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria d cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugerese que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobr Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
304697	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304697	
304697	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Protocolo	Justificativa
304697	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que const no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só c as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e maior capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimento que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para operadoras devido à necessidade de customização de sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acesso esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
304697	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
304697	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304697	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
304697	

Protocolo	Justificativa
304697	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece q haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principa implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorv a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessív para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, a incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas d Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiame do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% valor do procedimento. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupa em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.
304697	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participante entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração
304697	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304697	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a s considerada para a formação do agrupamento.
304697	

Protocolo	Justificativa
304697	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento." (NR) estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incremen dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
304697	Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todo que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico - financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saú As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende exis nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico - financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, do reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre custos com a assistência médica e as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operador ajustarem os valores cobrados dos beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por sua vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com inflação, cumprindo o princípio atuarial da "preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)". Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizaçõ no Rol de Procedimentos e a introdução de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolher entre ajustar os preços com base na inflação geral ou com base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. A se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessária correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índi de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulaçã de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada ou de variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contratos bem como elitiza ainda mais o valor da mensalidade do plano de saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa suprir, além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais e outros fornecedores da operadora, os impactos das novas coberturas decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos que são aprovadas durante a execução dos contratos, portanto, não precificadas, que de fato não constam no histórico de utilização presen ou passada, mas que farão parte do custo futuro do contrato. O índice financeiro é uma forma de aplicação simplificada do que chamamos de visão prospectiva, ainda que utilizarmos para essa finalidade, não é, na maioria das vezes, suficiente para suprir os incrementos de custos para o próximo períod quando de fato utilizaremos os valores reajustado das contraprestações.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304697	

Protocolo	Justificativa
304697	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora . De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele qu será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derroca de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano d saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que nã terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do us de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem se desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvência de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade de isenções. A principal implicaçã dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessív para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduz ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os défic do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quan cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional impos por essas regras torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarm em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (ve

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
304697	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão
304697	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304697	Inciso II: II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eve realizados.
304697	
304697	

Protocolo	Justificativa
304697	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que const no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesm SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele qu será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
304697	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade d existência da administradora de benefícios.
304697	Inciso III: A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação d limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
304697	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão
304697	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304697	
304697	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.
304697	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colo entre outros insumos inerentes.

Protocolo	Justificativa
304697	Inciso I: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75% Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: "No caso de operadoras que pratique valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, um vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem defin trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos". Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impact para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois ser responsáveis por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os plan de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas po essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Cor um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistema mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingi O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde população). Portanto, com base nos estudos elaborados, entende-se que pode ser estabelecido que o valor de coparticipações não poderá ser superior a ur mensalidade, podendo ser cobrado o excedente nos meses seguintes. O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual que não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendiment adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108, por exemplo.
304697	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, p força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiá não o faça diretamente ao prestador.
304697	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é "procedimento", para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em interpretações equivocadas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração
304697	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304697	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304697	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.
304697	
304697	§ 3º: § 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.

Protocolo	Justificativa
304697	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugerese que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.
304697	Parágrafo único: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnic em um horizonte de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui ess "outras contrapartidas", podendo levar a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. P fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuida da prestação dos serviços assistenciais.
304697	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 1 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratique valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, um vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem defin trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativa Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido d 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no núm de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica partir do 31º dia, portanto, a proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haver efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiári funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304697	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304697	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
304697	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304697	
304697	
304697	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.
304697	

Protocolo	Justificativa
304697	Inciso III: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em u horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento n deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Adema a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessi de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.
304697	Parágrafo único: Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direi adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuíz financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque a contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca -se ainda que , o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo -se as características do produto.
304697	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.
304697	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304697	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Protocolo	Justificativa
304697	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência qu ANS não deveria interferir. Em casos excepcionais como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratante, ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo de 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez que operadora terá que esperar dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando a liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situações alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304697	

Protocolo	Justificativa
304697	Inciso II: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia se superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das proposta SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhe que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional a valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Or esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte do custo que ultrapassar o limi de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderã permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios ac seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de pert utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ain pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequênc ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médica de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48% equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamer do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que deve ser estabelecido o limite d valor de 1 mensalidade/mês.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
304697	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
304697	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304697	
304697	
304697	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;

Protocolo	Justificativa
304697	No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve -se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operado
304697	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o praz para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valo excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.
304697	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, a para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINI QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304697	Alterar/Incluir parágrafo: Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus cont coletivos empresariais e por adesão com menos de cem vidas. § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maic fins de agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304697	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, § 1º - As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento. 98% dos contratos coletivos possuem entre 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 7 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a A avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incremen dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304697	

Protocolo	Justificativa
304697	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, er que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborad considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contratos em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/an Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a proposta vai contra o risco moral expos pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação de perda). Da mesma forma, so a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando o impacto de toda as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕE, ao comparar o resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positivo de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Estima-se que a sinistralidade aumente em pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verificase que a manutenção da regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilização dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação e/ou franquia nos atendiment ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades em 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamen das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e le à insolvência de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade de isenções. Com base nos estudos realizados (os quais serão enviados à ANS), entende-se que é necessária a adequação no Anexo, no seguinte sentido: 1. Consultas Médicas: Isenção de apenas 2 (duas) consultas realizadas com médico generalista, ao ano. 2. Exam de Pré -Natal: As isenções das 10 consultas de obstetrícia serem complementares as 2 (duas) consultas já isentas no item I – Consultas Médicas. Em sum as medidas propostas pela ANS, portanto, vão afastar brasileiros do setor de saúde suplementar (como admitido pela própria ANS no RAIR). Ao invés de beneficiar os consumidores, apenas a elite brasileira terá acesso aos planos de saúde, sobrecarregando o SUS e estimulando cartões de desconto e clínica populares. As empresas, que já não suportam o peso dos planos de saúde na “folha”, não conseguirão manter esses benefícios aos seus colaboradores (80

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304697	2025-01-31 11:02:59	Operadora
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304697	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
304677	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
304677	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304697	
304677	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
304677	

Protocolo	Justificativa
304697	No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve -se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operado
304677	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Acrescentemos, por fim, que a previsão do prazo de 60 dias como está no parágrafo é inviável na prática: as negociações para o reajuste precisam basear-em um histórico da sinistralidade e demandam reuniões e avaliações do contratante e da Operadora, diversas. Importante frisar que não há possibilidade de selecionar o § 1º do Art. 23 no campo "Item de contribuição"
304677	Exclusão do Inciso V e alíneas "a" e "b" sob a justificativa: Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índi de preço é a recomposição inflacionária da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem po objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se preter existir nas relações assistenciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304677	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304677	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
304677	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Alteração
304677	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
304677	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304677	Art. 2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
304677	Art. 13. Contratos celebrados antes da vigência desta norma permanecem inalterados. A mudança para as novas regras de Mecanismos Financeiros de Re será possível a pedido do CONTRATANTE, mediante a celebração de um novo contrato, podendo utilizar-se de regras legais como: portabilidade de carên mudança de plano.
304677	§ 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal, bem como data de execução do procedimento nos últ meses.
304677	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor 18 (dezoito) meses após a sua publicação.
304677	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobetura odontológica ou em agrupamen contratos terá limite de meta por porte da operadora: a) 75% Operadora de Grande Porte b) 72% Operadora de Médio Porte c) 70% Operadora de Pequeno porte

Protocolo	Justificativa
304677	Apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparentar-ser forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contrataçã esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve s tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operação é maior. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos de fraude na toada do qu vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital como fator importante; contudo, a sua adoção deve se dar de forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente o Princípio Constitucior da Livre Iniciativa.
304677	Considerando que a adequação às regras desta norma requer várias alterações que impactam no processo operacional da operadora e a administração d contratos com vigências diversas e regras distintas, vai ser exigido um grande esforço da operadora na adequação dos seus sistemas de gestão. O ideal pa operacionalização é ter uma data de corte: planos celebrados a partir da vigência da norma observam a nova regra. Assim o contratante, interessado em adequar o seu contrato às novas regras tem o direito de celebrar uma nova contratação, sem carências e análise de DLP nos termos da legislação vigente
304677	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação do beneficiários.
304677	As mudanças apresentadas pela norma impactam nos processos operacionais da operadora, exigem várias parametrizações e controles que precisam se desenvolvidos, testados e só depois implementados.
304677	Alteração do Inciso VI sob a justificativa: o ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesas não assistenciais nestas operadoras são maiores. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Esclarecemos que os parâmetros aqui sugeridos presumem a manutenção dos índices de correção inflacionário e de sinistralidade separadamente como apontamos na sugestão de exclusão do inciso V do artigo 7º .

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304677	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304677	I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, contado a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúd pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 100% (cem por centro) do valor da contrapresta pecuniária base mensal da soma das mensalidades devidas pelo grupo familiar.

Protocolo	Justificativa
304677	Justificativa inciso I: O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operado atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pa a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” O parâmetro adotado pelo STJ atende a pretensão da ANS de dar transparência e previsibilidade. Contudo, é sabido por todos a insustentabilidade econôm financeira derivada do incremento do custo para atendimento de determinadas terapias. Assim, ainda que seja necessário garantir a transparência para o beneficiário e algum limite de comprometimento econômico para ele, remanesce o problema do alto custo novo para as Operadoras sem contrapartida. Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade do grupo familiar como um to de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior do que o dobro do valor já pago pelo responsável financeiro pelo contrato. A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e cobrança do valor d coparticipação do beneficiários.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304677	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304677	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304677	
304677	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento de contratos, para o cálculo do percentual de reaju será aplicado, conforme o seu porte, na proporção abaixo: I - Operadora de Pequeno Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 30 vidas; II – Operadora de Médio Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 60 vidas; III – Operadora de Grande Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 100 vidas;

Protocolo	Justificativa
304677	Solicitamos a exclusão da lista de isenções proposta, considerando os significativos impactos econômico-financeiros que ela pode gerar para as Operadora de Planos de Saúde. No caso das Cooperativas Médicas Unimeds de Santa Catarina, projeta-se um aumento substancial no custo líquido, decorrente da lis de isenções sugerida pela CP 145. Esse impacto será um aumento de 2,47% no custo líquido total das Operadoras, o que equivale a R$ 96,1 milhões, mais 40% do resultado líquido acumulado pelas Operadoras de Santa Catarina de janeiro/24 a setembro/24. A recomendação anual de consultas médicas divulgada pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002 é de três consultas médicas ao ar ou seja, estão sendo propostas isenções superiores ao que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. Estimamos que apenas as isenções de coparticipação propostas na Consulta Pública nº 145, aumentará o preço dos nossos planos atualmente vendidos e quase 10%, sem considerar os percentuais de redução e limites financeiros de exposição ainda propostos na referida consulta pública. Destacamos a preocupação com a manutenção da lista de isenções, que, à medida que for atualizada, poderá gerar impactos ainda mais expressivos para operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor. Em síntese, a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação inegavelmente trará incremento de custos redistribuídos para aqueles que não são os usuários diretamente envolvidos no atendimento assistencial em questão. Os reflexos negativos são diversos com risco de desequilíbrio derivado da benes
304677	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304677	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
304677	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304677	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304677	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
304677	
304677	

Protocolo	Justificativa
304677	A respeito das limitações sobre as coparticipações, destacamos os seguintes impactos: ACESSIBILIDADE: Atualmente, a existência de fator moderador torna o plano de saúde mais acessível, pois a mensalidade fixa mensal tende a ser menor. sua presença, assim, funciona como facilitador de acesso a novos beneficiários em razão do efeito de restringir o comprometimento financeiro fixo mensal p os mesmos: menor mensalidade. FATOR DE CONTENÇÃO DE CUSTOS: O fator moderador é utilizado como instrumento de negociação para reduzir a aplicação dos percentuais de reajus resultando assim em ganho direto aos beneficiários. UTILIZAÇÃO INDEVIDA, MAIS DESPERDÍCIOS, MENOS AUDITORIA: Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efe contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funcio como verdaderio auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavaras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança, c impacto extremamente reduzido. BENEFICIÁRIOS DE BAIXA UTILIZAÇÃO x POLÍTICA DE SUBSÍDIO: Se implementada na forma pretendida o efeito será muito forte para os beneficiário que não utilizam com frequênica o plano: terão suas mensalidades agravadas para sustentar os limites impostos e atenuar os maiores utilizadores, gerand efeito nocivo ao mercado. As empresas contratantes (que são as grandes subsididoras das mensalidades dos planos de saúde e já estão tendo dificuldades suportar o impacto do aumento dos reajustes em razão das ampliações consecutivas do Rol de Procedimentos) serão fortemente impactadas com essa mudança. Tenderão as empresas a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o potencial mercad consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será aumento dos custos fixos e redução c população coberta, agravando ainda mais os déficit no sistema público de saúde. Assim, entendemos que os benefícios atuais da coparticipação são muito maiores, que as pequenas distorções que eventualmente existem: o que está possibilitando a atual ampliação da base de clientes no sistema é justamente as mensalidades mais competitivas, que necessitam da participação ativa do seus beneficiários, em especial com o instrumento da coparticipação.
304677	Exclusão do parágrafo único do Art. 13. sob a justificativa de que não se trata apenas da adequação da cláusula Mecanismos Financeiros de Regulação, m outras alterações e impactos no contrato vigente. Convém informar que não há possibilidade de informar o parágrafo único no Item de contribuição.
304677	Exclusão do Inciso I sob a justificativa: Quando a operadora estiver em risco de solvência por desenquilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameça confirmada que envolve toda carteria da operadora. A revisão técnica deve funcionar de forma preventiva para evitar a insolvência, assim o pedido de revis técnica apenas da carteira como um todo perde o sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. A avaliação do desequilíbrio do plano individual ou familiar é relevante para previnir a insolvência e fomentar a sua comercialização Importante ressaltar a impossibilidade de selecionar os incisos do Art. 3 para enviar as contribuições.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304677	- § 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I do caput deste ar□go será aferido proporcionalmente, mul□plicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Exclusão
304677	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração
304677	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304677	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304677	
304677	IV – Excepcionalmente no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as de assistenciais, acrescida da variação da PEONA e das receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apura reajuste;
304677	Parágrafo Único. As Operadoras que pretendem aprovação da revisão técnica estabelecida pela ANS estão obrigadas a oferecer a contratação eletrônica de de contratação individual ou familiar.
304677	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos priva assistência à saúde e sua rede credenciada (direta e indireta), referenciada ou cooperada.

Protocolo	Justificativa
304677	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação do beneficiários.
304677	No primeiro ano os contratos tem o maior impacto da constituição da PEONA, por isso a operadora sugere a alteração no inciso IV.
304677	Alteração do Parágrafo Único sob a justificativa: Obrigar a contratação eletrônica é um risco a fraude e não resolverá a déficit da carteira do plano individual familiar. Obrigar a contratação eletrônica do plano coletivo por adesão por entidades sujeitas ao artigo 15 da RN 557 por meio de venda online para este público também estimulará as fraudes. Da mesma forma ocorrerá na contratação do plano coletivo empresarial por empresário individual sujeito ao artigo 9 RN 557, que, na qualidade de PJ possui elegibilidade para contratação do plano coletivo, mas é dotado de privilégios de uma pessoa física. Ambas são contratações que requerem cuidado extra, análise de elegebilidade e legalidade, inviabilizando a contratação no processo online, pois a adesão dos beneficiários ao plano contratado dependerá da análise de elegibilidade da Contratante e aprovação pela Operadora. Nenhum beneficiário pode aderir ao contrato, cuja a pessoa jurídica não tenha sido aprovada previamente pela operadora nos termos exigidos pela ANS na RN 557. Os atuais critérios estabelecidos na RN 413 não são condizentes com a contratação de plano coletivo. Mesmo que ocorram ajustes, a ANS vai imputar novos custos para a Operadora para manter e disponibilizar uma estrutura para realização de entrevista qualificada presencial e aplicação obrigatória de perícia médica em cidad diversas. Se mantida como obrigatória a venda do plano individual/familiar online, há necessidade da ANS conceder um prazo de 18 meses para que as Operadoras definam os ajustes necessários e contratação de uma solução tecnológica que atenda a norma. O art. 19 necessitará de alteração: “Art. 19. As alterações d referida norma entram em vigor 18 meses após a data de sua publicação”. Importante frisar que não há a opção de selecionar o parágrafo único do Art. 2º no campo "Item de contribuição".
304677	Os valores praticados na rede indireta, via intercâmbio ou contrato de reciprocidade, não são os mesmos praticados pela operadora na sua rede direta, sen relevante que haja previsão de que estes valores integrem a tabela de referência de coparticipação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora
304677	2025-01-31 11:05:12	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304677	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Alteração
304677	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
304677	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Alteração
304677	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304677	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantida beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se a soma do r de beneficiários das contratantes for maior que o limite para a formação do agrupamento.
304677	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e
304677	§ 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financ Regulação incidentes sobre esta última. O presente não se aplica aos planos de assistencia à saúde com previsão de copartipação apenas na segmenta ambulatorial, que permanece devida.
304677	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos além dos referidos nos incisos acima, desde que esta expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304677	Considerando que a negociação, contratação do plano parte de um preço único previamente acordado entre a Operadora de planos de saúde e administrad de benefício, não faz sentido para as contratantes, a depender da soma do seu número de beneficiários, receberem um reajuste diferente. Isso importará e diferentes tabelas de preços para adesão de novos beneficiários, bem como novas contratantes.
304677	O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores.
304677	Há contratos que tem previsão do mecanismo financeiro de regulação apenas para segmentação ambulatorial.
304677	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304706	2025-01-31 11:13:35	Órgão de defesa do consumidor
304706	2025-01-31 11:13:35	Órgão de defesa do consumidor
304706	2025-01-31 11:13:35	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304706	- Art. 6º A ANS definirá em Instrução Norma□va como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.	Inclusão
304706	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Inclusão
304706	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304706	Inclusão da seção V - Da comunicação aos beneficiários, para inserir o Artigo 7º Seção V Da comunicação aos beneficiários Art. 7º A comunicação aos beneficiários de que trata o Art. 4º, III deve ser redigida de forma clara e precisa, em linguagem de fácil compreensão, devendo c seguintes informações: I – o valor da contraprestação com ajuste da revisão técnica e o novo valor da contraprestação pecuniária do plano em moeda corrente; II – autorização destacada da ANS para revisão técnica e o respectivo percentual a ser aplicado. III – nas situações em que a revisão técnica apresentar aumento das mensalidades que impliquem em portabilidade para outro produto da Operadora, c alterações na rede credenciada e/ou referenciada, abrangência geográfica ou fator moderador, entre outros, deverá constar quadro comparativo, com as se informações: a - valor das contraprestações para cada um dos produtos; b - alterações na rede credenciada e/ou referenciada, indicando prestadores incluídos e excluídos, se houver; c - incidência de fator moderador financeiro ou assistencial, se houver; d - alteração da rede de abrangência, se houver; e - regras de reembolso, se houver. f – prazo para formalizar opção e mecanismos utilizados; g – indicação de canais de atendimento específicos para orientação dos beneficiários; § 1º A comunicação deverá ser feita por meio escrito e/ou eletrônico e dirigida ao titular do contrato. § 2º Sempre que o responsável pelo contrato formalizar dúvidas em relação à proposta, a operadora deverá prestar, no prazo de 3 (três) dias úteis, em ling de fácil compreensão, os esclarecimentos por meios hábeis à comprovação de seu recebimento. § 3º A ANS promoverá divulgação direcionada aos beneficiários dos contratos submetidos à revisão técnica, indicando a justificativa para a autorização da r
304706	Inclusão do inciso VI ao Artigo 4° Seção II Das Contrapartidas Art. 4º A operadora contemplada com o instituto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: (...) VI – ficará sujeita à aplicação de multa sobre o valor agregado gerado pela Revisão Técnica em caso de não cumprimento de contrapartidas após a liberação de aplicação do reajuste extraordinário.
304706	CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS Art. 9º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.

Protocolo	Justificativa
304706	O direito à informação adequada e clara é uma das diretrizes do direito consumerista e encontra previsão nos Art. 6º, III, 31 do CDC. Deve, portanto, garant de forma efetiva, que o consumidor receba e entenda as informações necessárias à tomada de decisões. Considerando a complexidade do tema e impactos futuros é necessário que a ANS, órgão autorizador da medida, disponibilize todas as informações aos consumidores, demonstrando a regularidade da Revisão Técnica aplicada aos seus contratos.
304706	Entende-se que a aplicação de multa parte da ANS, em caso de não cumprimento de contrapartidas, após a liberação de aplicação do reajuste extraordinár confere maior efetividade ao cumprimento do disposto no Regulamento.
304706	Em razão da inclusão dos artigos 7º e 8º, será necessária a renumeração dos artigos da minuta.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304706	2025-01-31 11:13:35	Órgão de defesa do consumidor
304706	2025-01-31 11:13:35	Órgão de defesa do consumidor
304706	2025-01-31 11:13:35	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304706	- Art. 6º A ANS definirá em Instrução Norma□va como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.	Inclusão
304706	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Inclusão
304706	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304706	Inclusão da seção VI - Da Portabilidade, para inserir o Artigo 8º Art. 8º É garantido ao beneficiário nos planos individuais ou familiares submetidos a reajuste por Revisão Técnica e, também a cada beneficiário autonoman direito de portabilidade para plano de saúde regulamentado da mesma operadora, de qualquer tipo de contratação e de segmentação assistencial, sem qu nova contagem de carências ou cobertura parcial temporária. § 1º A operadora deverá disponibilizar em seu portal eletrônico os planos disponíveis para portabilidade, permitindo análise comparativa com as seguin informações: identificação do produto; valor da contraprestação; segmentação; área de abrangência; incidência de fator moderador; rede assistencial § 2º Não deverão integrar a oferta os planos que apresentem desequilíbrio financeiro e/ou deixaram de ser comercializados. § 3º Quando da comunicação da revisão técnica, a Operadora deverá indicar o direito à portabilidade e o link de acesso ao portal eletrônico onde estão disp as informações nos termos do § 1º.
304706	Inclusão do inciso V ao Artigo 4° Seção II Das Contrapartidas Art. 4º A operadora contemplada com o instituto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: (...) V – ficará sujeita ao monitoramento pela ANS a saúde econômico-financeira da carteira, a venda continuada de planos individuais, a aderência da carte programas de promoção e prevenção e outros pontos que a agência entender necessários.
304706	Inclusão do inciso IV ao Artigo 4° Seção II Das Contrapartidas Art. 4º A operadora contemplada com o instituto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: (...) IV – ofertar aos beneficiários a opção de portabilidade dentro dos produtos comercializados pela operadora, com a possibilidade de alteração da rede prestadores de serviços, incidência de fator moderador e abrangência geográfica.

Protocolo	Justificativa
304706	Ressalte-se que o direito à Portabilidade está previsto na RN Nº 438, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2018, que trata da portabilidade para outras operadoras. Em que pese o entendimento da Fundação Procon SP ser contrário à aplicação da Revisão Técnica, conforme outrora posicionado na Tomada de subsídio, hipótese de ser outra a opção regulatória, a portabilidade para outras operadoras deve ser condição adicional, entretanto, o requisito principal para a manutenção destes beneficiários no mercado de planos de assistência individual, obrigatoriamente, será a oferta de produtos pela própria operadora. Esta condição está diretamente condicionada à expectativa de que a Revisão Técnica não caracterize expulsão do beneficiário do mercado de planos de saú individual e familiar e, ainda, a manutenção da operadora na operacionalização deste segmento de mercado. A pretensão da Fundação Procon, neste sentido, é reforçar a criação de mecanismos que privilegiem a absorção destes beneficiários pela Operadora de origem, submetida à Revisão Técnica.
304706	Compreende-se que inserção de monitoramento por parte da ANS em relação à saúde econômico-financeira da carteira, à venda continuada de planos individuais e à aderência da carteira a programas de promoção e prevenção, confere maior efetividade ao cumprimento do disposto no Regulamento.
304706	Entende-se como ponto essencial o fato de a revisão técnica não caracterizar expulsão dos beneficiários do plano de saúde. Desta forma, a Operadora deve demonstrar compromisso em absorver estes beneficiários, mantendo-os em sua carteira de contratos individuais e familiare Vale lembrar que o Código de Defesa do Consumidor, ao traçar a Política Nacional das Relações de Consumo, traz como premissa o respeito à dignidade saúde e segurança do consumidor, e a promoção da harmonia das relações de consumo, merecendo destaque o reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo (Ar. 4º, I e II).

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304706	2025-01-31 11:13:35	Órgão de defesa do consumidor
304706	2025-01-31 11:13:35	Órgão de defesa do consumidor
304706	2025-01-31 11:13:35	Órgão de defesa do consumidor
304706	2025-01-31 11:13:35	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304706	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Inclusão
304706	- Art. 2º Define-se por Revisão Técnica a correção de desequilíbrios constatados nos planos privados de assistência à saúde a que se refere o art. 1º, mediante reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias, mantidas as condições gerais do contrato.	Alteração
304706	- Art. 2º Define-se por Revisão Técnica a correção de desequilíbrios constatados nos planos privados de assistência à saúde a que se refere o art. 1º, mediante reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias, mantidas as condições gerais do contrato.	Inclusão
304706	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304706	CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS Inclusão de artigo Art. 10º Será incluída à Resolução Normativa ANS nº 438, de 3 de dezembro de 2018 o Artigo 8º-B que terá a seguinte redação: Art. 8º-B A portabilidade de carências será exercida em decorrência da majoração da contraprestação pecuniária, motivada por revisão técnica e deverá requerida no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da comunicação da revisão técnica, não se aplicando os requisitos de prazo de permanên compatibilidade por faixa de preço previstos, respectivamente, nos incisos III e V do caput do artigo 3° desta Resolução
304706	Art. 2º Define-se por Revisão Técnica a correção de desequilíbrios constatados nos planos privados de assistência à saúde a que se refere o art. 1º, med reajustamento dos valores das contraprestações pecuniárias, mantidas as condições gerais do contrato.
304706	Inclusão do parágrafo 1° ao Artigo 2° Art. 2º (...) § 1º. A Operadora deverá indicar mecanismo alternativo que não implique em alteração do valor da contraprestação pecuniária, caracterizado por alteraçã características do produto: rede de prestadores de serviço e/ou incidência de fator moderador e/ou abrangência geográfica.
304706	Alteração da redação do inciso II do Artigo 4° Das Contrapartidas Art. 4º A operadora contemplada com o instituto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: II - comunicar de forma escrita e em linguagem acessível, a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) m

Protocolo	Justificativa
304706	A inclusão do Artigo 8º - B na Resolução Normativa 438/2018 se justifica pela necessidade de disponibilizar ao consumidor a portabilidade em razão de majoração da contraprestação pecuniária motivada por revisão técnica. A referida previsão aponta para vulnerabilidade do beneficiário reconhecida pelo Código de Defesa do Consumidor (Ar. 4º, I e II), a qual acentua-se com a imprevisibilidade inerente à Revisão técnica propriamente dita.
304706	Sugere-se a substituição do termo “reposicionamento” por “reajustamento” por conferir uma semântica mais didática e clara ao texto. Além do mais, revisã pressupõe a alteração do valor pecuniário e é de fundamental importância que eventuais abusividades e excessos sejam coibidos.
304706	A aplicação de reajustes excessivos é um dos principais fatores que impactam diretamente no desligamento dos beneficiários, atingindo inclusive aqueles c menor risco. Verifica-se que a portabilidade prevista nos normativos atuais não é eficaz como mecanismo de absorção dos beneficiários, visto que é impactada pela reduzida oferta de produtos oferecidos pelo mercado. Neste sentido, entende-se que o requisito principal para a manutenção destes beneficiários no mercado de planos de assistência individual é a oferta de produtos pela própria operadora. A referida condição está diretamente relacionada à expectativa de que a Revisão Técnica não caracterize expulsão do beneficiário do mercado de planos d saúde individual e familiar, assim como à manutenção da operadora na operacionalização deste segmento de mercado. Neste sentido, a obrigatoriedade da indicação de mecanismo alternativo que não implique em alteração do valor da contraprestação pecuniária, caracteriza por alteração das características do produto, confere maior segurança jurídica ao consumidor.
304706	Considerando o direito básico do consumidor à informação correta, clara, adequada e ostensiva (art. 31, caput e art. 6°, III, do CDC), sugerimos que seja incluído na proposta a forma como a Revisão Técnica será comunicada. A ausência de precisão e clareza na informação prejudica o entendimento do consumidor quando este se depara, por exemplo, com informações estritamer técnicas, sem qualquer didática, impossibilitando, em razão disso, que tenha conhecimento instantâneo e imediato de informações imprescindíveis. Ressalte-se que, se de um lado é direito do consumidor ser informado, de outro, é dever legal do fornecedor que participa da cadeia de distribuição, presta todas as informações concernentes aos produtos e serviços, não se admitindo nenhuma falha ou omissão, para que o consumidor possa adquiri-los ou contratá-los, sabendo o que poderá esperar.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304706	2025-01-31 11:13:35	Órgão de defesa do consumidor
304706	2025-01-31 11:13:35	Órgão de defesa do consumidor
304706	2025-01-31 11:13:35	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304706	- Art. 2º Define-se por Revisão Técnica a correção de desequilíbrios constatados nos planos privados de assistência à saúde a que se refere o art. 1º, mediante reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias, mantidas as condições gerais do contrato.	Inclusão
304706	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Inclusão
304706	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304706	Inclusão do parágrafo 2° ao Artigo 2° Art. 2º (...) § 2 º. Na hipótese prevista no §1º deverá ser oferecido ao consumidor adesão facultativa aos planos alternativos à revisão técnica.
304706	Inclusão dos incisos IV e V ao Artigo 3° Art. 3º Para que sejam elegíveis ao instituto da Revisão Técnica as operadoras devem atender, cumulativamente, aos seguintes critérios: (...) IV – a operadora deve apresentar evidência de oferta e implantação de programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças nos termos p na RN ANS Nº 498/2022. V - a operadora deve apresentar evidência de que a situação apresentada está caracterizada como imprevisível;
304706	Alteração da redação do caput do Artigo 4° Seção II Das Contrapartidas Art. 4º A operadora contemplada com o instituto da Revisão Técnica deverá adotar, cumulativamente, as seguintes contrapartidas: (...)

Protocolo	Justificativa
304706	A inclusão do §2° ao Artigo 2° fundamenta-se no direito de escolha conferido ao consumidor pelo Código de Defesa do Consumidor, nos termos do Artigo 6 inciso II . O consumidor tem total direito de escolher, dentre os produtos ou serviços disponíveis no mercado, o que achar melhor para o consumo sem que haja qualquer interferência do fornecedor no processo. Neste sentido, salvo opção do consumidor, a Operadora de origem, ao requerer a Revisão Técnica, deverá viabilizar a absorção dos beneficiários na modalidade individual familiar, por meio do oferecimento de opções de produtos, com portabilidade de carências aos beneficiários que não puderem ou optarem pela não continuidade.
304706	Salienta-se que, para que a Operadora possa ser elegível, esta deverá demonstrar não apenas a condição de ameaça de continuidade dos serviços, mas também que não adotou práticas indutoras ao desequilíbrio, por exemplo, a oferta de produtos em preços abaixo do mercado, a redução na oferta de produt no segmento individual e familiares. Além disso, deve comprovar aderência da carteira individual a programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Ou seja, que implantou ações pa participação dos beneficiários em projetos que promovam condições de saúde mais adequada, principalmente, em contraponto ao envelhecimento e fatore epidemiológicos, já estruturados e de conhecimento do mercado. Neste sentido, vale apontar a RN Nº 498/2022, por meio da qual a ANS busca estimular as operadoras de planos de saúde a repensarem a organização d sistema de saúde com vistas a incentivar um modelo de ações que promovam saúde e prevenção de riscos e doenças, em detrimento do modelo original centrado na doença propriamente dita. A propósito, importa frisar que a Revisão Técnica deve derivar da ocorrência de eventos imprevisíveis, mostrando-se, em razão disto, inadequada quando s apontadas questões como envelhecimento da população, perfil epidemiológico e incorporação de novas tecnologias, visto que são fatores diretamente atrelados a gestão de recursos das carteiras de planos de assistência à saúde. Diante de tais apontamentos, ressalte-se que sem a correção das distorções promovidas pelo modelo de gestão, a Revisão Técnica representará apenas ur reparação sistemática, por meio da transferência de renda dos consumidores para as operadoras de planos saúde, gerando produtos fadados a novos pedic de Revisão Técnica.
304706	Entende-se que a inclusão da palavra “cumulativamente” confere maior clareza ao dispositivo e segurança jurídica ao consumidor.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304708	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304708	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304708	Alteração do Parágrafo Único Parágrafo Único. As Operadoras que pretendem aprovação da revisão técnica estabelecida pela ANS estão obrigadas a oferecer a contratação eletrônica de de contratação individual ou familiar.
304708	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento de contratos, para o cálculo do percentual de reaju será aplicado, conforme o seu porte, na proporção abaixo: I - Operadora de Pequeno Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 30 vidas; II – Operadora de Médio Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 60 vidas; III – Operadora de Grande Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 100 vidas;

Protocolo	Justificativa
304708	Obrigar a contratação eletrônica é um risco a fraude e não resolverá a déficit da carteira do plano individual ou familiar. Obrigar a contratação eletrônica do plano coletivo por adesão por entidades sujeitas ao artigo 15 da RN 557 por meio de venda online para este público também estimulará as fraudes. Da mesm forma ocorrerá na contratação do plano coletivo empresarial por empresário individual sujeito ao artigo 9 da RN 557, que, na qualidade de PJ possui elegibilidade para contratação do plano coletivo, mas é dotado de privilégios de uma pessoa física. Ambas são contratações que requerem cuidado extra, análise de elegebilidade e legalidade, inviabilizando a contratação no processo online, pois a adesão dos beneficiários ao plano contratado dependerá da análise de elegibilidade da Contratante e aprovação pela Operadora. Nenhum beneficiário pode aderir ao contrato, cuja a pessoa jurídica não tenha sido aprovada previamente pela operadora nos termos exigidos pela ANS na RN 557. Os atuais critérios estabelecidos na RN 413 não são condizentes com a contratação de plano coletivo. Mesmo que ocorram ajustes, a ANS vai imputar novos custos para a Operadora para manter e disponibilizar uma estrutura para realização de entrevista qualificada presencial e aplicação obrigatória de perícia médica em cidad diversas. Se mantida como obrigatória a venda do plano individual/familiar online, há necessidade da ANS conceder um prazo de 18 meses para que as Operadoras definam os ajustes necessários e contratação de uma solução tecnológica que atenda a norma. O art. 19 necessitará de alteração: “Art. 19. As alterações d referida norma entram em vigor 18 meses após a data de sua publicação”.
304708	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304708	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304708	Proposta de alteração do Inciso I: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, contado a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúd pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e

Protocolo	Justificativa
304708	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operado atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pa a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” O parâmetro adotado pelo STJ atende a pretensão da ANS de dar transparência e previsibilidade. Contudo, é sabido por todos a insustentabilidade econôm financeira derivada do incremento do custo para atendimento de determinadas terapias. Assim, ainda que seja necessário garantir a transparência para o beneficiário e algum limite de comprometimento econômico para ele, remanesce o problema do alto custo novo para as Operadoras sem contrapartida. Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade do grupo familiar como um to de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior do que o dobro do valor já pago pelo responsável financeiro pelo contrato. A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e cobrança do valor d coparticipação do beneficiários. Em síntese: a proposta atende ao interesse de consumidores, mantém-se em sintonia com a posição do Poder Judiciário e concede para as Operadoras alg limite razoável.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304708	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
304708	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304708	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304708	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304708	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
304708	
304708	
304708	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamen contratos terá limite de meta por porte da operadora: a) 75% Operadora de Grande Porte b) 72% Operadora de Médio Porte c) 70% Operadora de Pequeno porte

Protocolo	Justificativa
304708	A respeito das limitações sobre as coparticipações, destacamos os seguintes impactos: ACESSIBILIDADE: Atualmente, a existência de fator moderador torna o plano de saúde mais acessível, pois a mensalidade fixa mensal tende a ser menor. sua presença, assim, funciona como facilitador de acesso a novos beneficiários em razão do efeito de restringir o comprometimento financeiro fixo mensal p os mesmos: menor mensalidade. FATOR DE CONTENÇÃO DE CUSTOS: O fator moderador é utilizado como instrumento de negociação para reduzir a aplicação dos percentuais de reajus resultando assim em ganho direto aos beneficiários. UTILIZAÇÃO INDEVIDA, MAIS DESPERDÍCIOS, MENOS AUDITORIA: Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efe contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funcio como verdaderio auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança, c impacto extremamente reduzido. BENEFICIÁRIOS DE BAIXA UTILIZAÇÃO x POLÍTICA DE SUBSÍDIO: Se implementada na forma pretendida o efeito será muito forte para os beneficiário que não utilizam com frequênica o plano: terão suas mensalidades agravadas para sustentar os limites impostos e atenuar os maiores utilizadores, gerand efeito nocivo ao mercado. As empresas contratantes (que são as grandes subsididoras das mensalidades dos planos de saúde e já estão tendo dificuldades suportar o impacto do aumento dos reajustes em razão das ampliações consecutivas do Rol de Procedimentos) serão fortemente impactadas com essa mudança. Tenderão as empresas a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o potencial mercad consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será aumento dos custos fixos e redução c população coberta, agravando ainda mais os déficit no sistema público de saúde. Assim, entendemos que os benefícios atuais da coparticipação são muito maiores, que as pequenas distorções que eventualmente existem: o que está possibilitando a atual ampliação da base de clientes no sistema é justamente as mensalidades mais competitivas, que necessitam da participação ativa do seus beneficiários, em especial com o instrumento da coparticipação.
304708	Exclusão do Anexo da Normativa, conforme art. 3º: conforme art. 3º
304708	Exclusão do Inciso I: Quando a operadora estiver em risco de solvência por desenquilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameça confirmada que envolve toda carteria da operadora. A revisão técnica deve funcionar de forma preventiva para evitar a insolvência, assim o pedido de revisão técnica apenas da carteira como um to perde o sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. A avaliação desequilíbrio do plano individual ou familiar é relevante para previnir a insolvência e fomentar a sua comercialização
304708	o ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despes não assistenciais nestas operadoras são maiores. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Esclarecemos q os parâmetros aqui sugeridos presumem a manutenção dos índices de correção inflacionário e de sinistralidade separadamente como apontamos na sugest de exclusão do inciso V do artigo 7º .

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304708	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304708	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
304708	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
304708	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
304708	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
304708	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304708	
304708	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor 18 (dezoito) meses após a sua publicação.
304708	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos priva assistência à saúde e sua rede credenciada (direta e indireta), referenciada ou cooperada.
304708	Alteração do § 1º § 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
304708	Alteração do Inciso I: I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e
304708	

Protocolo	Justificativa
304708	Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionária da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais.
304708	As mudanças apresentadas pela norma impactam nos processos operacionais da operadora, exigem várias parametrizações e controles que precisam se desenvolvidos, testados e só depois implementados.
304708	Os valores praticados na rede indireta, via intercâmbio ou contrato de reciprocidade, não são os mesmos praticados pela operadora na sua rede direta, sen relevante que haja previsão de que estes valores integrem a tabela de referência de coparticipação.
304708	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Acrescentemos, por fim, que a previsão do prazo de 60 dias como está no parágrafo é inviável na prática: as negociações para o reajuste precisam basear- em um histórico da sinistralidade e demandam reuniões e avaliações do contratante e da Operadora, diversas.
304708	O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores.
304708	Solicitamos a exclusão da lista de isenções proposta, considerando os significativos impactos econômico-financeiros que ela pode gerar para as Operadora de Planos de Saúde. No caso das Cooperativas Médicas Unimeds de Santa Catarina, projeta-se um aumento substancial no custo líquido, decorrente da lis de isenções sugerida pela CP 145. Esse impacto será um aumento de 2,47% no custo líquido total das Operadoras, o que equivale a R$ 96,1 milhões, mais 40% do resultado líquido acumulado pelas Operadoras de Santa Catarina de janeiro/24 a setembro/24. A recomendação anual de consultas médicas divulgada pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002 é de três consultas médicas ao ar ou seja, estão sendo propostas isenções superiores ao que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. Estimamos que apenas as isenções de coparticipação propostas na Consulta Pública nº 145, aumentará o preço dos nossos planos atualmente vendidos e quase 10%, sem considerar os percentuais de redução e limites financeiros de exposição ainda propostos na referida consulta pública. Destacamos a preocupação com a manutenção da lista de isenções, que, à medida que for atualizada, poderá gerar impactos ainda mais expressivos para operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor. Em síntese, a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação inegavelmente trará incremento de custos redistribuídos para aqueles que não são os usuários diretamente envolvidos no atendimento assistencial em questão. Os reflexos negativos são diversos com risco de desequilíbrio derivado da benes

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304708	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Alteração
304708	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304708	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304708	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Alteração
304708	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304708	§ 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal, bem como data de execução do procedimento nos últ meses.
304708	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos além dos referidos nos incisos acima, desde que esta expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.
304708	
304708	§ 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Finance Regulação incidentes sobre esta última. O presente não se aplica aos planos de assistencia à saúde com previsão de copartipação apenas na segmenta ambulatorial, que permanece devida.
304708	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantida beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se a soma do n de beneficiários das contratantes for maior que o limite para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304708	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação do beneficiários.
304708	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.
304708	Exclusão do Parágrafo Único: Não se trata apenas da adequação da cláusula Mecanismos Financeiros de Regulação, mas outras alterações e impactos no contrato vigente.
304708	Há contratos que tem previsão do mecanismo financeiro de regulação apenas para segmentação ambulatorial.
304708	Considerando que a negociação, contratação do plano parte de um preço único previamente acordado entre a Operadora de planos de saúde e administrad de benefício, não faz sentido para as contratantes, a depender da soma do seu número de beneficiários, receberem um reajuste diferente. Isso importará e diferentes tabelas de preços para adesão de novos beneficiários, bem como novas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304708	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Alteração
304708	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
304708	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304708	II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 100% (cem por centro) do valor da contrapresta pecuniária base mensal da soma das mensalidades devidas pelo grupo familiar.
304708	Art. 13. Contratos celebrados antes da vigência desta norma permanecem inalterados. A mudança para as novas regras de Mecanismos Financeiros de Re será possível a pedido do CONTRATANTE, mediante a celebração de um novo contrato, podendo utilizar-se de regras legais como: portabilidade de carên mudança de plano.
304708	IV – Excepcionalmente no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as de assistenciais, acrescida da variação da PEONA e das receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apura reajuste;

Protocolo	Justificativa
304708	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo grupo familiar, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operado atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pa a coparticipação, desde que, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 9 evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário.
304708	Considerando que a adequação às regras desta norma requer várias alterações que impactam no processo operacional da operadora e a administração d contratos com vigências diversas e regras distintas, vai ser exigido um grande esforço da operadora na adequação dos seus sistemas de gestão. O ideal pa operacionalização é ter uma data de corte: planos celebrados a partir da vigência da norma observam a nova regra. Assim o contratante, interessado em adequar o seu contrato às novas regras tem o direito de celebrar uma nova contratação, sem carências e análise de DLP nos termos da legislação vigente
304708	No primeiro ano os contratos tem o maior impacto da constituição da PEONA, por isso a operadora sugere a alteração no inciso IV.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304708	2025-01-31 11:46:28	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304708	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304708	- § 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I do caput deste ar□go será aferido proporcionalmente, mul□plicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Exclusão
304701	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
304701	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão
304701	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Alteração
304701	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304708	Art. 2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
304708	
304701	
304701	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colo entre outros insumos inerentes.
304701	§ 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Finance Regulação incidentes sobre esta última. O presente não se aplica aos planos de assistencia à saúde com previsão de copartipação apenas na segmenta ambulatorial, que permanece devida.
304701	

Protocolo	Justificativa
304708	Apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparentar-ser forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contrataçã esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve s tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operação é maior. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos de fraude na toada do qu vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital como fator importante; contudo, a sua adoção deve se dar de forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente o Princípio Constitucior da Livre Iniciativa.
304708	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação do beneficiários.
304701	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.
304701	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas .
304701	Há contratos que tem previsão do mecanismo financeiro de regulação apenas para segmentação ambulatorial.
304701	Quando a operadora estiver em risco de solvência por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. A revisão técnica deve funcionar de forma preventiva para evitar a insolvência, assim o pedido de revisão técnica apenas da carteira como um to perde o sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. A avaliação d desequilíbrio do plano individual ou familiar é relevante para prevenir a insolvência e fomentar a sua comercialização

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304701	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304701	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304701	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304701	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
304701	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304701	
304701	IV – Excepcionalmente no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as de assistenciais, acrescida da variação da PEONA e das receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apura reajuste;
304701	
304701	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
304701	

Protocolo	Justificativa
304701	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.
304701	No primeiro ano os contratos tem o maior impacto da constituição da PEONA, por isso a operadora sugere a alteração no inciso IV.
304701	Solicitamos a exclusão da lista de isenções proposta, considerando os significativos impactos econômico-financeiros que ela pode gerar para as Operadora de Planos de Saúde. No caso das Cooperativas Médicas Unimeds de Santa Catarina, projeta-se um aumento substancial no custo líquido, decorrente da lis de isenções sugerida pela CP 145. Esse impacto será um aumento de 2,47% no custo líquido total das Operadoras, o que equivale a R$ 96,1 milhões, mais 40% do resultado líquido acumulado pelas Operadoras de Santa Catarina de janeiro/24 a setembro/24. A recomendação anual de consultas médicas divulgada pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002 é de três consultas médicas ao ar ou seja, estão sendo propostas isenções superiores ao que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. Estimamos que apenas as isenções de coparticipação propostas na Consulta Pública nº 145, aumentará o preço dos nossos planos atualmente vendidos e quase 10%, sem considerar os percentuais de redução e limites financeiros de exposição ainda propostos na referida consulta pública. Destacamos a preocupação com a manutenção da lista de isenções, que, à medida que for atualizada, poderá gerar impactos ainda mais expressivos para operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor. Em síntese, a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação inegavelmente trará incremento de custos redistribuídos para aqueles que não são os usuários diretamente envolvidos no atendimento assistencial em questão. Os reflexos negativos são diversos com risco de desequilíbrio derivado da benes
304701	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.
304701	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304701	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304701	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
304701	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304701	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304701	
304701	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.
304701	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento de contratos, para o cálculo do percentual de reaju será aplicado, conforme o seu porte, na proporção abaixo: I - Operadora de Pequeno Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 30 vidas; II – Operadora de Médio Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 60 vidas; III – Operadora de Grande Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 100 vidas;
304701	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos priva assistência à saúde e sua rede credenciada (direta e indireta), referenciada ou cooperada.

Protocolo	Justificativa
304701	Parágrafo único. Não se trata apenas da adequação da cláusula Mecanismos Financeiros de Regulação, mas outras alterações e impactos no contrato vige
304701	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.
304701	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.
304701	Os valores praticados na rede indireta, via intercâmbio ou contrato de reciprocidade, não são os mesmos praticados pela operadora na sua rede direta, sen relevante que haja previsão de que estes valores integrem a tabela de referência de coparticipação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304701	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
304701	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
304701	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304701	I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, contado a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúd pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e
304701	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor 18 (dezoito) meses após a sua publicação.
304701	É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos além dos referidos nos incisos acima, desde que estabe expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304701	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operador atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pa a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” O parâmetro adotado pelo STJ atende a pretensão da ANS de dar transparência e previsibilidade. Contudo, é sabido por todos a insustentabilidade econôm financeira derivada do incremento do custo para atendimento de determinadas terapias. Assim, ainda que seja necessário garantir a transparência para o beneficiário e algum limite de comprometimento econômico para ele, remanesce o problema do alto custo novo para as Operadoras sem contrapartida. Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade do grupo familiar como um to de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior do que o dobro do valor já pago pelo responsável financeiro pelo contrato. A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e cobrança do valor d coparticipação do beneficiários. Em síntese: a proposta atende ao interesse de consumidores, mantém-se em sintonia com a posição do Poder Judiciário e concede para as Operadoras alg
304701	As mudanças apresentadas pela norma impactam nos processos operacionais da operadora, exigem várias parametrizações e controles que precisam se desenvolvidos, testados e só depois implementados.
304701	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304701	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
304701	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304701	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
304701	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantida beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se a soma do r de beneficiários das contratantes for maior que o limite para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304701	A respeito das limitações sobre as coparticipações, destacamos os seguintes impactos: ACESSIBILIDADE: Atualmente, a existência de fator moderador torna o plano de saúde mais acessível, pois a mensalidade fixa mensal tende a ser menor. sua presença, assim, funciona como facilitador de acesso a novos beneficiários em razão do efeito de restringir o comprometimento financeiro fixo mensal p os mesmos: menor mensalidade. FATOR DE CONTENÇÃO DE CUSTOS: O fator moderador é utilizado como instrumento de negociação para reduzir a aplicação dos percentuais de reajus resultando assim em ganho direto aos beneficiários. UTILIZAÇÃO INDEVIDA, MAIS DESPERDÍCIOS, MENOS AUDITORIA: Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efe contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funcio como verdaderio auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavaras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança, c impacto extremamente reduzido. BENEFICIÁRIOS DE BAIXA UTILIZAÇÃO x POLÍTICA DE SUBSÍDIO: Se implementada na forma pretendida o efeito será muito forte para os beneficiário que não utilizam com frequênica o plano: terão suas mensalidades agravadas para sustentar os limites impostos e atenuar os maiores utilizadores, gerand efeito nocivo ao mercado. As empresas contratantes (que são as grandes subsididoras das mensalidades dos planos de saúde e já estão tendo dificuldades suportar o impacto do aumento dos reajustes em razão das ampliações consecutivas do Rol de Procedimentos) serão fortemente impactadas com essa mudança. Tenderão as empresas a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o potencial mercad consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será aumento dos custos fixos e redução c população coberta, agravando ainda mais os déficit no sistema público de saúde. Assim, entendemos que os benefícios atuais da coparticipação são muito maiores, que as pequenas distorções que eventualmente existem: o que está possibilitando a atual ampliação da base de clientes no sistema é justamente as mensalidades mais competitivas, que necessitam da participação ativa do seus beneficiários, em especial com o instrumento da coparticipação.
304701	Considerando que a negociação, contratação do plano parte de um preço único previamente acordado entre a Operadora de planos de saúde e administrad de benefício, não faz sentido para as contratantes, a depender da soma do seu número de beneficiários, receberem um reajuste diferente. Isso importará e diferentes tabelas de preços para adesão de novos beneficiários, bem como novas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304701	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração
304701	- I - deverão constar do contrato: (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Minuta de Norma - Reajuste Coletivo - RN 565/2022 alterada (31143141) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Inclusão
304701	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304701	§3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perce sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.
304701	Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração do índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a f acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pelas operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálculo utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste d ser aplicado.
304701	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, ten referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
304701	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica, a partir do 31º dia, portanto, proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência da cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.
304701	Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entrada para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços p contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento do agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala que os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução d número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde pública e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.
304701	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304701	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304701	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304701	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304701	Parágrafo Único. As Operadoras que pretendem aprovação da revisão técnica estabelecida pela ANS estão obrigadas a oferecer a contratação eletrônica de de contratação individual ou familiar.
304701	Art. 2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
304701	

Protocolo	Justificativa
304701	Obrigar a contratação eletrônica é um risco a fraude e não resolverá a déficit da carteira do plano individual ou familiar. Obrigar a contratação eletrônica do plano coletivo por adesão por entidades sujeitas ao artigo 15 da RN 557 por meio de venda online para este público também estimulará as fraudes. Da mesma forma ocorrerá na contratação do plano coletivo empresarial por empresário individual sujeito ao artigo 9 da RN 557, que, na qualidade de PJ possui elegibilidade para contratação do plano coletivo, mas é dotado de privilégios de uma pessoa física. Ambas são contratações que requerem cuidado extra, análise de elegebilidade e legalidade, inviabilizando a contratação no processo online, pois a adesão dos beneficiários ao plano contratado dependerá da análise de elegibilidade da Contratante e aprovação pela Operadora. Nenhum beneficiário pode aderir ao contrato, cuja a pessoa jurídica não tenha sido aprovada previamente pela operadora nos termos exigidos pela ANS na RN 557. Os atuais critérios estabelecidos na RN 413 não são condizentes com a contratação de plano coletivo. Mesmo que ocorram ajustes, a ANS vai imputar novos custos para a Operadora para manter e disponibilizar uma estrutura para realização de entrevista qualificada presencial e aplicação obrigatória de perícia médica em cidad diversas. Se mantida como obrigatória a venda do plano individual/familiar online, há necessidade da ANS conceder um prazo de 18 meses para que as Operadoras definam os ajustes necessários e contratação de uma solução tecnológica que atenda a norma. O art. 19 necessitará de alteração: “Art. 19. As alterações d referida norma entram em vigor 18 meses após a data de sua publicação”.
304701	Apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparentar-ser forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contrataçã esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve s tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operação é maior. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos de fraude na toada do qu vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital como fator importante; contudo, a sua adoção deve se dar de forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente o Princípio Constitucion da Livre Iniciativa.
304701	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, a para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304701	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão
304701	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
304701	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão
304701	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Alteração
304701	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304701	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
304701	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304701	
304701	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.
304701	
304701	§ 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal, bem como data de execução do procedimento nos últ meses.
304701	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamen contratos terá limite de meta por porte da operadora: a) 75% Operadora de Grande Porte b) 72% Operadora de Médio Porte c) 70% Operadora de Pequeno porte
304701	I – os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;
304701	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e

Protocolo	Justificativa
304701	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência da ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU es deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais judiciais.
304701	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuari de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de um carteira de planos de saúde.
304701	Excluir o Anexo conforme justificativa no art. 3°
304701	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor coparticipação do beneficiários.
304701	O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despes não assistenciais nestas operadoras são maiores. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Esclarecemos q os parâmetros aqui sugeridos presumem a manutenção dos índices de correção inflacionário e de sinistralidade separadamente como apontamos na sugest de exclusão do inciso V do artigo 7º .
304701	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretan defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,6 no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% d carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquid
304701	O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização d faixas etárias maiores.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304701	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
304701	- I - deverão constar do contrato: (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Minuta de Norma - Reajuste Coletivo - RN 565/2022 alterada (31143141) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304701	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão
304701	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304701	- § 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I do caput deste ar□go será aferido proporcionalmente, mul□plicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304701	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
304701	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze m consecutivos;
304701	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.
304701	
304701	

Protocolo	Justificativa
304701	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Acrescentemos, por fim, que a previsão do prazo de 60 dias como está no parágrafo é inviável na prática: as negociações para o reajuste precisam basear-em um histórico da sinistralidade e demandam reuniões e avaliações do contratante e da Operadora, diversas.
304701	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionár da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômi financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figu jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais.
304701	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assert é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tip de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.
304701	Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionária da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais.
304701	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor coparticipação do beneficiário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304701	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
304701	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304701	
304701	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz

Protocolo	Justificativa
304701	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário d contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.
304701	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 17 Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304701	2025-01-31 11:56:17	Operadora
304718	2025-01-31 12:20:41	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304701	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
304701	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
304718	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304701	II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 100% (cem por centro) do valor da contrapresta pecuniária base mensal da soma das mensalidades devidas pelo grupo familiar.
304701	Art. 13. Contratos celebrados antes da vigência desta norma permanecem inalterados. A mudança para as novas regras de Mecanismos Financeiros de Re será possível a pedido do CONTRATANTE, mediante a celebração de um novo contrato, podendo utilizar-se de regras legais como: portabilidade de carên mudança de plano.
304718	

Protocolo	Justificativa
304701	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo grupo familiar, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operador atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pa a coparticipação, desde que, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 9 evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário.
304701	Considerando que a adequação às regras desta norma requer várias alterações que impactam no processo operacional da operadora e a administração d contratos com vigências diversas e regras distintas, vai ser exigido um grande esforço da operadora na adequação dos seus sistemas de gestão. O ideal pa operacionalização é ter uma data de corte: planos celebrados a partir da vigência da norma observam a nova regra. Assim o contratante, interessado em adequar o seu contrato às novas regras tem o direito de celebrar uma nova contratação, sem carências e análise de DLP nos termos da legislação vigente
304718	Ao analisar a alínea "b" do inciso V do art. 27 conclui-se que no que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índic setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saúde nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limitará a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajus baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304718	2025-01-31 12:20:41	Operadora
304718	2025-01-31 12:20:41	Operadora
304718	2025-01-31 12:20:41	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304718	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
304718	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304718	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304718	
304718	
304718	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Protocolo	Justificativa
304718	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade d existência da administradora de benefícios.
304718	Ao analisar a alínea "a" do inciso V do art. 27, conclui-se que no que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saúde nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limitará a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajus baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.
304718	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência qu ANS não deveria interferir. Em casos excepcionais como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratar ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo de 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez que a operadora terá que espe dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando a liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situações de alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304718	2025-01-31 12:20:41	Operadora
304718	2025-01-31 12:20:41	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304718	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304718	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304718	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a s considerada para a formação do agrupamento.
304718	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas. § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304718	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vic condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
304718	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operador teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vic condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304718	2025-01-31 12:20:41	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304718	- II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304718	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)

Protocolo	Justificativa
304718	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representar apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vic condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304718	2025-01-31 12:20:41	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304718	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304718	

Protocolo	Justificativa
304718	Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todo que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, c reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre os custos com a assistência médica as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operadoras ajustarem os valores cobrados d beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por s vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com a inflação, cumprindo o princípio atuarial "preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)". Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizações no Rol de Procedimentos e a introduç de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolherem entre ajustar os preços com base na inflação geral ou cor base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. Ao se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessár correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índi de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulação de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada de variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contrato bem como elitiza ainda mais o valor da mensalidade do plano de saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa suprir, além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais e outr fornecedores da operadora, os impactos das novas coberturas decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos que são aprovadas durante a execuçã dos contratos, portanto, não precificadas, que de fato não constam no histórico de utilização presente, ou passada, mas que farão parte do custo futuro do

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304718	2025-01-31 12:20:41	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304718	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304718	

Protocolo	Justificativa
304718	Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberda econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecer o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima 25%, sendo 85% de pequeno porte, 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero o negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado no ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despes não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. Este patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) onde a sinistralidade meta corresponde a (1 – C), senc “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cad operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabelecidas na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistencial diferente uma da outra. Deste modo, não deve ser previamente estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de uma sinistralidade meta mínima não se justifica. Tal medida limitaria a liberdade econômica das operadoras, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304718	2025-01-31 12:20:41	Operadora
304729	2025-01-31 12:54:31	Familiar, amigo ou cuidador de paciente
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304718	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração
304729	- § 1º A copar□cipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.	Exclusão
304696	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304718	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze m consecutivos;
304729	
304696	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Norma

Protocolo	Justificativa
304718	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionár da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômicofinanceiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas divers das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração do índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pelas operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálculo utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entrada para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços p contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento do agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar u aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala que os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução de número dos beneficiários da saúde suplementar sobrecarregando a saúde pública e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.
304729	O valor que os planos de saúde já recebem mensalmente pelos usuários já é suficiente. E não deveria ser autorizado essa cobrança de co participação, pois maioria dos usuários paga mensalidade e apenas usa o plano anualmente para realizar os exames de check-up. Dessa forma, considero abusivo esse tipo cobrança. Na minha opinião deve ser excluído/extinto.
304696	Necessário incluir todos os planos não regulamentados, devido à defasagem que eles apresentam atualmente, gerando grandes prejuízos e vultuoso resulta negativo, que podem ocasionar a quebra da operadora, especialmente aquelas que possuam uma carteira considerável de planos não regulamentados. Apenas para citar um exemplo, dentre de tantos outros, a Unimed Sergipe possui mais de 60% da carteira nessa situação e esse é só um caso em que se n houver a possibilidade de revisão técnica, com a ocorrência do financiamento dos planos coletivos, a longo prazo certamente não será sustentável.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
304696	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304696	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais inc coparticipação.
304696	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;

Protocolo	Justificativa
304696	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final d atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiáriosnecessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e desperdícios tendem a crescer. É importante ambém notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência da cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.
304696	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, a para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,6(no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304696	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304696	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304696	
304696	
304696	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz

Protocolo	Justificativa
304696	III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operado comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajuste não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.
304696	b) nos casos em que for utilizado índice de preço não poderá ser utilizado percentual por meta de sinistralidade. No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajus baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.
304696	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304696	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304696	
304696	

Protocolo	Justificativa
304696	III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar. Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, por meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formação inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. Há um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, região com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos viola princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigo contratos em que as contraprestações não são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.
304696	a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser utilizado índice de preço; e No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajus baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304696	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão
304696	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304696	
304696	
304696	

Protocolo	Justificativa
304696	Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação. Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o at jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes dever ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca-se ainda que, o aumento de cus dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajus mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo-se as características produto.
304696	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processu e judiciais.
304696	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valo excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304696	

Protocolo	Justificativa
304696	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contra podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e ma capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimento, o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização d sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúd ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acesso a esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304696	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)

Protocolo	Justificativa
304696	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representar apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vic condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304696	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
304696	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304696	
304696	
304696	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
304696	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a deman no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando u movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pag pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contrat em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/ano. Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a propos vai contra o risco moral exposto pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação perda). Da mesma forma, sobre a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando o impacto de todas as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕ ao comparar o resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positivo de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Estima-s que a sinistralidade aumente em 7,5 pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verificase que a manutenção da regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilizaçã dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades er 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvênc de muitas operadoras.
304696	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participante entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo
304696	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304696	

Protocolo	Justificativa
304696	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvênc de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade isenções. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade d agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração
304696	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304696	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perc sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.
304696	

Protocolo	Justificativa
304696	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final d atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica, a partir do 31º dia, portanto, proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo apertinência das cobranças da rede prestadora c assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois nã terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.
304696	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pel ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão
304696	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304696	
304696	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.

Protocolo	Justificativa
304696	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade d existência da administradora de benefícios.
304696	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria d cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuari de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de um carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304696	

Protocolo	Justificativa
304696	I- a operadora deve apresentar desequilíbrios econômicofinanceiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/2 muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemer superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivos acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência), a sinistralidade tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão ma elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhu dos períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre em decorrência do financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a ofert desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, a demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individuai pelos planos coletivos. Se manter o critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operadora apresentará. Aliás, no que tange à demonstração de desequilíbrio da carteira de planos individuais, já que a ANS entende a meta de sinistralidade de 75% é suficiente pa fins de cálculo do reajuste do plano coletivo, entende-se que o mesmo indicador poderia ser um parâmetro para concessão da revisão técnica nos planos individuais. Ou seja, ultrapassada essa meta, seria possível a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
304696	- Art. 14. À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde empresarial, celebrado na forma do ar□go 9º desta resolução, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. Parágrafo único. Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na comunicação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304696	- no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz
304696	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Protocolo	Justificativa
304696	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contra podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa propoproposta será de mais de 47 milhões de re Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
304696	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência que ANS não deveria interferir. Em casos excepcionais como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratar ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo de 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez que a operadora terá que espe dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando a liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situações de alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304696	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304696	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304696	
304696	
304696	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, entre outros insumos inerentes.

Protocolo	Justificativa
304696	Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberda econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecer o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima 25%, sendo 85% de pequeno porte, 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero o negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado no ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesa não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. Este patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) onde a sinistralidade meta corresponde a (1 – C), senc “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cada operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabelecidas na política interna de subscrição. Por exemplo depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistencial diferente uma da outra. Deste modo, não deve previamente estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de uma sinistralidade meta mínima não se justifica. Tal medida limitaria a liberdade econômica das operadoras, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas.
304696	Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas. Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo le a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.
304696	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
304696	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304696	
304696	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Protocolo	Justificativa
304696	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar-condicionado ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláu sulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive co criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresariais por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-se que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência c forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultanc ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto deve continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligadas com fraudes e prejuízo financeiros.
304696	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando n assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração
304696	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
304696	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304696	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze meses consecutivos;
304696	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos dos contratos coletivos, de acordo com a vonta partes conforme definido em contrato
304696	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a s considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304696	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionár da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômi financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figu jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração do índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pelas operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálculo utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entrada para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços p contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento do agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala que os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução d número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde pública e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.
304696	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos deve prevalecer a vontade das partes, com devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.
304696	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
304696	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304696	
304696	

Protocolo	Justificativa
304696	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade d agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ain pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações d coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões.
304696	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
304696	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração
304696	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
304696	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304696	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
304696	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas. § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento.
304696	
304696	

Protocolo	Justificativa
304696	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.
304696	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
304696	III - os limites de exposição financeira A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, a para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Mais ur vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.
304696	I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade online; Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora
304696	2025-01-31 13:02:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304696	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão
304696	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304696	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.
304696	Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todo participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do va moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do con deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre os custos com a assistência médic receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operadoras ajustarem os valores cobrados beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por s o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com a inflação, cumprindo o princípio atuarial "preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)". Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assis para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizações no Rol de Procedimentos e a introdução de no tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolherem entre ajustar os preços com base na inflação geral ou com sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. Ao se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necess correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índ preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulação de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contratos ber elitiza ainda mais o valor da mensalidade do plano de saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa suprir, além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais e o fornecedores da operadora, os impactos das novas coberturas decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos que são aprovadas durante a execuçã contratos, portanto, não precificadas, que de fato não constam no histórico de utilização presente, ou passada, mas que farão parte do custo futuro do con O índice financeiro é uma forma de aplicação simplificada do que chamamos de visão prospectiva, ainda que utilizarmos para essa finalidade, não é, na mai vezes, suficiente para suprir os incrementos de custos para o próximo período, quando de fato utilizaremos os valores reajustado das contraprestaçõe

Protocolo	Justificativa
304696	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais asserti é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tipo de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.
304696	Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todo que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, d reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre os custos com a assistência médica as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operadoras ajustarem os valores cobrados d beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por s vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com a inflação, cumprindo o princípio atuarial "preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)". Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizações no Rol de Procedimentos e a introduç de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolherem entre ajustar os preços com base na inflação geral ou cor base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. Ao se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessár correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índi de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulação de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada de variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contrato bem como elitiza ainda mais o valor da mensalidade do plano de saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa suprir, além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais e outr fornecedores da operadora, os impactos das novas coberturas decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos que são aprovadas durante a execuçã dos contratos, portanto, não precificadas, que de fato não constam no histórico de utilização presente, ou passada, mas que farão parte do custo futuro d contrato. O índice financeiro é uma forma de aplicação simplificada do que chamamos de visão prospectiva, ainda que utilizarmos para essa finalidade, não é, na maioria das vezes, suficiente para suprir os incrementos de custos para o próximo período, quando de fato utilizaremos os valores reajustado das contraprestações.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304724	- Art. 2º São espécies de Mecanismos Financeiros de Regulação: I - coparticipação; e II - franquia.	Inclusão
304724	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
304724	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Inclusão
304724	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Inclusão
304724	- Art. 9º A copar□cipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde; II - percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e III - valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a □tulo de coparticipação.	Alteração
304724	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304724	Inclusão do parágrafo 3° ao Artigo 2 § 3º As espécies de Mecanismos Financeiros de Regulação não poderão ser adotadas cumulativamente pelas operadoras no registro e comercialização d produtos.
304724	
304724	ANEXO Estão isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação os seguintes procedimentos: II - Exames preventivos, entendendo-se estes por: Ultrassonografia das mamas, da tireóide, transvaginal e do abdômen total.
304724	ANEXO Estão isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação os seguintes procedimentos: II - Exames preventivos, entendendo-se estes por: Densitometria óssea
304724	Alteração do inciso II do Artigo 9° Da Coparticipação Art. 9º A coparticipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: II- percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência divulgada pela ANS que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e
304724	

Protocolo	Justificativa
304724	A inclusão do parágrafo 3° ao Artigo 2° se justifica pelo fato de que adotar dois ou mais mecanismos de regulação de forma cumulativa configura-se como prática abusiva por exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva (art. 39, V do CDC) e afeta a simplificação da oferta, utilização, fiscalização
304724	Compreende-se que imputar ao consumidor a majoração dos limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, da Resolução Normativa em até 50%, configura-se como prática abusiva, por exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva (art. 39, V do CDC), visto que permite que os valores de coparticipação se tornem excessivamente onerosos, comprometendo a saúde financeira do beneficiário de planos de saúde com risco de endividamento.
304724	Trata-se de exames preventivos essenciais à saúde que previnem doenças e complicações maiores à saúde dos beneficiários.
304724	A densitometria óssea é o principal exame para detecção precoce de perda de massa óssea, a qual, por sua vez, pode ajudar na prevenção e combate à osteoporose e osteopenia, reduzindo, assim, os riscos de eventuais fraturas. Trata-se de um exame de imagem que analisa a densidade mineral de regiões como coluna e fêmur. Trata-se de exame preventivo essencial à saúde que previne doenças e complicações maiores à saúde dos beneficiários.
304724	Compreende-se que permitir que as operadoras criem tabelas próprias como referência, sem qualquer monitoramento, pode levar à disparidades e situações de cobranças abusivas, vedadas pelo disposto no CDC (Artigo 39, incisos V, X). Neste sentido, a fim de que sejam evitadas disparidades de cobrança entre fornecedores (art. 39, X do CDC) e para que o consumidor não se depare com cobrança de valores abusivos (art. 39, V do CDC), entende-se que caberá à ANS a regulação, fixação e monitoramento.
304724	Exclusão do inciso I do parágrafo 2º do artigo 9° Diante da sugestão de exclusão do inciso I do art. 9º e conforme justificativa, ajustamos a redação do parágrafo 2º.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304724	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
304724	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
304724	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304724	a) Mamografia – mulheres de 40 a 69 anos – 1 exame a cada 1 ano
304724	Alteração da redação do inciso II do Artigo 6° Art. 6º. (...) II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes e prazos para cobrança, incluindo eventuais distinções e escalonamentos em razão da aplica diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto no art. 7º desta Resolução Nor
304724	ANEXO Estão isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação os seguintes procedimentos: Consulta em consultório com especialista em tratamento seriados ou contínuos (no horário normal ou preestabelecido).

Protocolo	Justificativa
304724	Sabe-se que a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) recomenda que mulheres a partir dos 40 anos façam mamografia anualmente, visto que mulhere com idades entre 40 e 50 anos respondem por 40% dos casos de câncer de mama no Brasil. Mesmo os tumores mais invasivos (quando invadem a membrana basal da célula) podem ser curados se o diagnóstico for estabelecido em fase precoce Neste sentido, entende-se que o benefício da prevenção do câncer de mama seja benéfico tanto para a consumidora quanto para a própria Operadora. Com efeito, caso não haja a prevenção, o número de pacientes que evoluirão para estado grave de câncer aumentará significativamente, necessitando, er razão disto, de tratamentos seriados ou contínuos, por exemplo, quimioterapia, radioterapia, terapia endócrina. Neste sentido, a Fundação Procon discorda frontalmente do referido limitador a cada dois anos, assim como qualquer outro que pretenda aplicar no sentido restringir a realização de mamografia em mulheres com idades entre 40 e 50 anos.
304724	Considerando o direito básico do consumidor à informação correta, clara, adequada e ostensiva (art. 31, caput e art. 6°, III, do CDC), sugerimos que seja incluído na proposta a estipulação de prazo para cobrança. A ausência de precisão e clareza na informação prejudica o entendimento do consumidor quando este se depara, por exemplo, com informações estritamer técnicas, sem qualquer didática, impossibilitando, em razão disso, que tenha conhecimento instantâneo e imediato de informações imprescindíveis. Ressalte-se que, se de um lado é direito do consumidor ser informado, de outro, é dever legal do fornecedor que participa da cadeia de distribuição, presta todas as informações concernentes aos produtos e serviços, não se admitindo nenhuma falha ou omissão, para que o consumidor possa adquiri-los ou contratá-los, sabendo o que poderá esperar. Trata-se também da garantia de previsibilidade dos custos que o beneficiário poderá ter com o pagamento de coparticipação/franquia. Vale pontuar que a previsibilidade de custos mitiga os riscos de endividamento, inadimplemento e rescisão do contrato.
304724	A Fundação Procon tem posicionamento contrário à aplicação de incidência de fator moderador, por se tratar de compartilhamento de custos que oneram consumidor, diminuindo o seu acesso a procedimentos necessários à saúde. A despeito do referido entendimento, na hipótese de a opção regulatória ser pela aplicação de fator moderador, compreendemos que deve haver vedação incidência nos seguintes procedimentos: a) situações que envolvam urgência e emergência; b) procedimentos de alta complexidade; c) internações eletivas de urgência e emergência; d) tratamento seriados ou contínuos (quimioterapia/ hemodiálise/autismo/entre outros), e) exames preventivos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304724	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
304724	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
304724	- Art. 4º Para conceder a isenção a que se refere o art. 3º desta Resolução, 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.	Inclusão
304724	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304724	Alteração do § 4º do Artigo 9° Art. 9º (...) § 4º O reajuste dos valores contidos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste a deverá ter por base o reajuste definido e autorizado pela ANS.
304724	ANEXO Estão isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação os seguintes procedimentos: 04 (quatro) consultas realizadas com médico generalista (clínica geral, médico de família, geriatria, ginecologia), a cada 12 meses.
304724	Inclusão do parágrafo 4º ao Artigo 4° Art. 4º (...) § 4º Para a aplicação de mecanismos de regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, previstos no caput deste artigo, a operadora de pla privados de assistência à saúde deverá observar o código de ética profissional, Lei 9656/98 e critérios estabelecidos na Resolução CONSU nº 8.
304724	Alteração da redação do § 4º do Artigo 5° § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira poderá ser realizada supervenientemente, com informação prévia e por escrito, desde que observe o limite de exposição financeira mensal e não exceda pr 90 (noventa) dias da data da efetiva realização do procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.

Protocolo	Justificativa
304724	Sabe-se que o reajuste praticado entre operadora e prestador é de livre negociação entre prestadores e poderá ser variável. Neste sentido, compreende-se que a ANS tem dados suficientes para definir valores praticados pelo mercado. Deste modo, considera-se que deverá ser adotado critério único definido pela ANS com base nos dados de monitoramento dos custos médicos.
304724	Alteração para exclusão da pediatria Sabe-se que a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que os pais levem o filho ao pediatra com determinada frequência até os 18 anos de idade. No primeiros anos a recomendação é a seguinte: - Até 30 dias de vida – 3 consultas; - De 2 a 6 meses – 1 consulta por mês - A partir dos 7 meses – 1 consulta a cada 2 meses - A partir dos 2 anos – 1 consulta a cada 3 meses Neste sentido, compreende-se que seria inviável ao consumidor ter que arcar com coparticipação em 8 consultas no primeiro ano de vida da criança. O acompanhamento médico, principalmente, neste período, previne doenças e complicações maiores à saúde da criança. E mesmo depois do primeiro ano, em fase escolar (infantil), sabe-se que a criança adoece com muito mais frequência. O acompanhamento médico neste período também previne doenças, internações e complicações maiores à saúde da criança. Diante disto, entendemos que a pediatria deve ter isenção total de coparticipação até os 18 anos.
304724	Trata-se de disposição que confere maior segurança jurídica ao consumidor.
304724	É de extrema importância que consumidor seja informado sobre os custos a serem suportados, possibilitando uma avaliação consciente e segura. Também primordial que a cobrança seja feita sem ultrapassar o limite financeiro mensal. Trata-se da garantia de previsibilidade dos custos que o beneficiário poderá ter com o pagamento de coparticipação/franquia. Vale ressaltar que a previsibilidade de custos mitiga os riscos de endividamento, inadimplemento e rescisão do contrato

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304724	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Exclusão
304724	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304724	
304724	Inclusão do parágrafo 2º ao Artigo 3 § 2º Serão isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação serviços cuja realização se dê por iniciativa do prestador de serviço, assim cor seguintes procedimentos: a) que envolvam urgência e emergência; b) procedimentos de alta complexidade; c) internações eletivas ou de urgência e emergência; d) tratamentos seriados ou contínuos (quimioterapia/hemodiálise/autismo/entre outros), e) exames preventivos.

Protocolo	Justificativa
304724	Depreende-se que a Minuta estabelece a vedação do estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia entretanto, excepciona a hipótese de internação psiquiátrica. Sabe-se que a cobrança de fator moderador está diretamente relacionada à decisão do consumidor em utilizar ou não os serviços segurados. Entretanto, não há dúvidas de que a internação psiquiátrica ocorre à revelia do consumidor. Com efeito, a iniciativa para o referido procedimento parte do prestador de serviço, fato que inquestionavelmente afasta a caracterização do risco moral. Neste sentido, não há justificativa para aplicação de Mecanismos Financeiros de Regulação às situações apontadas no Art. 7º da Minuta.
304724	Compreende-se que sem a inclusão do parágrafo 2º ao Artigo 3°, os Mecanismos Financeiros de Regulação configuram uma oportunidade de transferência custos em detrimento à saúde do consumidor. Com efeito, os procedimentos mencionados ocorrem à revelia do consumidor, cuja iniciativa parte do prestador de serviço, circunstâncias que, pela própria natureza, afastam a caracterização do risco moral. Neste sentido, não há justificativa aplicação de Mecanismos Financeiros de Regulação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304724	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Inclusão
304724	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304724	Inclusão de Artigo à Seção II - Do limite de exposição financeira Art. 7º As operadoras de planos ou seguro privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos financeiros de regulação, deverão dispor extrato mensal aos beneficiários titulares do contrato, contendo, de forma clara e precisa, as seguintes informações sobre utilização de cada beneficiár I – previsão de incidência de fator moderador financeiro na modalidade de coparticipação, especificando: a – valor da contraprestação pecuniária base por beneficiário, caso houver diferenciação; b - limites financeiros de exposição anual e mensal utilizados e em moeda corrente; c - data de vigência do contrato utilizada para fins de aplicação do limite de exposição financeira anual e reajustes previstos neste normativo; d - valor total de coparticipação, com discriminação: do procedimento ou evento de saúde; do valor monetário correspondente a cada um destes; e, do pe correspondente do limite de exposição anual, por beneficiário; II – Quando incidir fator moderador financeiro na modalidade de franquia: a – valor da franquia; b – nos contratos em que é adotada modalidade de franquia dedutível acumulada, indicação da data base para contagem do período de 12 meses; d – valor total deduzido da franquia com discriminação do procedimento ou evento de saúde e do valor correspondente a cada um destes, em valor monetá beneficiário; e- limite de exposição financeira anual disponível nos casos em que incidir fator moderador financeiro, na modalidade de franquia dedutível acumulad § 1º Deverão constar no extrato mensal a que se refere o caput deste artigo e documentos entregues ao beneficiário titular, no momento da contratação, inc em destaque, dos canais disponibilizados para consulta das informações relativas a: a - tabela de referência e/ou valor fixo, na forma prevista no Art. 9º, incisos I e II, bem como disponibilizados, na forma prevista em normativo específico, nc de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS. b - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes e prazos para cobrança, incluindo eventuais distinções e escalonamentos, em razão da aplica diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos;
304724	Alteração da redação do § 2º do Artigo 5° Seção II Do Limite de Exposição Financeira Art. 5º (...) § 2º É vedado a transferência dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.

Protocolo	Justificativa
304724	Salienta-se que cabe ao fornecedor o respeito ao disposto no CDC: garantia do direito básico de liberdade de escolha, igualdade nas contratações (art. 6.º I direito à informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços (Artigo 31) e vedação à prática abusiva de fornecimento de serviço, sem solicitação prévia (art. 39, III do CDC). Cumpre frisar que o contratante e beneficiário são pessoas distintas nos contratos coletivos. Neste sentido, é fundamental que a Operadora resguarde o dire à informação ao beneficiário do contrato, assim como a garantia de que este possa exercer a contestação dos procedimentos e valores cobrados.
304724	Trata-se de ajuste redacional que confere uma semântica mais didática e clara ao texto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304724	- Art. 4º Para conceder a isenção a que se refere o art. 3º desta Resolução, 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.	Exclusão
304724	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
304724	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304724	
304724	Alteração do § 2º do Artigo 9° § 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação prevista no inciso II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poc ultrapassar 20% (vinte por cento) do valor constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e event saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
304724	ANEXO Estão isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação os seguintes procedimentos: I - Consultas Médicas 10101012 06 (seis) consultas realizadas com médico generalista (pediatria, clínica geral, médico de família, geriatria, ginecologia), a cada 12 meses

Protocolo	Justificativa
304724	Compreende-se que as Operadoras de seguros privados somente podem utilizar mecanismos de regulação financeira desde que não implique no desvirtuamento da livre escolha do segurado. Neste sentido, entende-se que condicionar a isenção da incidência de mecanismos financeiros à indicação, pela operadora, do prestador de serviços de saú que realizará o procedimento, enseja desvirtuamento da livre escolha e também configura direcionamento. E mais, trata-se de dispositivo com semântica contraditória, tendo em vista se tratar de isenção obrigatória, que não implicaria em incidência de fator moderador financeiro e assistencial.
304724	Como já mencionado, a Fundação Procon tem posicionamento contrário à aplicação de incidência de fator moderador, por se tratar de compartilhamento d custos que oneram o consumidor, diminuindo o seu acesso a procedimentos necessários à saúde. Entretanto, a despeito do referido entendimento, na hipótese de a opção regulatória ser pela aplicação de fator moderador, compreendemos que deve have vedação da incidência nos seguintes procedimentos: a) situações que envolvam urgência e emergência; b) procedimentos de alta complexidade; c) internaçõ eletivas ou de urgência e emergência; d) tratamento seriados ou contínuos (quimioterapia/ hemodiálise/autismo/entre outros), e) exames preventivos. Diante destes fatores e da ausência de estudos robustos relativos à questão, manifestamos pela aplicação de 20% (vinte por cento) como limite máximo d exposição financeira, na hipótese de a opção regulatória ser, de fato, pela aplicação de fator moderador. Vale novamente ponderar que permitir que as operadoras criem tabelas próprias como referência, sem qualquer monitoramento, pode levar a disparidades situações de cobranças abusivas, vedadas pelo disposto no CDC (Artigo 39, incisos V, X). Assim, a fim de que sejam evitadas disparidades de cobrança entre fornecedores (art. 39, X do CDC) e para que o consumidor não se depare com a cobran de valores abusivos (art. 39, V do CDC), entende-se que caberá à ANS a regulação, fixação e monitoramento.
304724	Compreende-se que 4 (quatro) consultas realizadas com médico generalista a cada 12 meses é insuficiente para o consumidor, onerando-o injustificadamer além de diminuir o seu acesso à saúde. Desta forma, sugerimos, no mínimo. o número de 6 (seis) consultas a cada 12 meses, com exceção das particularidades abaixo incluídas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304724	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
304724	- Art. 9º A copar□cipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde; II - percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e III - valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a □tulo de coparticipação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304724	ANEXO Estão isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação os seguintes procedimentos: 04 (quatro) consultas realizadas com médico generalista (pediatria, clínica geral, médico de família, ginecologia), a cada 12 meses.
304724	

Protocolo	Justificativa
304724	Compreende-se ser absolutamente inviável oferecer ao idoso apenas 4 (quatro) consultas sem incidência de mecanismo de regulação realizadas com geria por ano, sem que o onere em demasia. É fato notório que à medida que o beneficiário aumenta a faixa etária, o valor do plano de saúde aumenta de forma acentuada e crescente, deste modo, exi que este consumidor ainda arque com as consultas eletivas realizadas durante o ano, configura-se como prática abusiva por exigir do consumidor vantage manifestamente excessiva (art. 39, V do CDC). Trata-se de fase em que o ser humano, em processo de envelhecimento, mais necessita de acolhimento e prevenção de doenças graves e degenerativas
304724	Exclusão do inciso I Artigo 9° Convém destacar que o consumidor não tem acesso à informação sobre o valor efetivamente pago pela Operadora ao prestador de serviços em saúde. Neste sentido, considerando que muitas vezes ocorre a prática de preço diferenciado entre prestadores e Operadoras, o referido percentual poderá representar, indiretamente, mecanismos de regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, interferindo na livre escolha do consumidor pelo direcionamento ao prestador de menor preço. Da mesma forma traz imprecisão ao contrato firmado, uma vez que o mesmo procedimento poderá ter custos diferentes, em decorrência do valor acordad entre operadora e os prestadores de serviço.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304724	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
304724	- § 2º Para indicação do prestador de serviços de saúde, conforme previsto no caput e no § 1º deste ar□go, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá observar o norma□vo específico que dispõe sobre a garan□a de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximos para atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos listados no Anexo desta norma.	Alteração
304724	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304724	Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Re devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspond 2,4 (dois vírgula quatro) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 20% (vinte por centro) do valor da contrapresta pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.
304724	Alteração da redação do parágrafo 2° do Artigo 4 Art. 4º (...) § 2º Na hipótese de indicação do prestador de serviços de saúde, decorrente da aplicação de mecanismos de regulação assistencial, quando previsto em c a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá observar o normativo específico que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficia especialmente no que se refere aos prazos máximos para atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realizaç procedimentos listados no Anexo desta norma.
304724	

Protocolo	Justificativa
304724	A Fundação Procon tem posicionamento contrário à aplicação de incidência de fator moderador, por se tratar de compartilhamento de custos que oneram consumidor, diminuindo o seu acesso a procedimentos necessários à saúde. A despeito do referido entendimento, na hipótese de a opção regulatória ser pela aplicação de fator moderador, compreendemos que deve haver vedação incidência nos seguintes procedimentos: a) situações que envolvam urgência e emergência; b) procedimentos de alta complexidade; c) internações eletivas de urgência e emergência; d) tratamento seriados ou contínuos (quimioterapia/ hemodiálise/autismo/entre outros), e) exames preventivos. Também entendemos que, por exemplo, o fator moderador aplicado em uma consulta eletiva não deve ser o mesmo do aplicado em tratamento seriados o mesmo internação, dada a imprevisibilidade dos custos. Diante destes fatores e da ausência de estudos robustos relativos à questão, manifestamos pela aplicação de 20% (vinte por cento) como limite máximo d exposição financeira, na hipótese de a opção regulatória ser, de fato, pela aplicação de fator moderador.
304724	Trata-se de ajuste redacional que confere uma semântica mais didática e clara ao texto.
304724	Compreende-se que imputar ao consumidor o ônus de arcar com valores relativos a procedimentos de internação, de urgência e emergência, configura-se como prática abusiva, por exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva (art. 39, V do CDC), considerando a impossibilidade de se estabelecer período exato em que o serviço será utilizado e, no caso da internação, por tratar-se de procedimento geralmente de alto custo. Vale também ponderar que os procedimentos relacionados à internação e pronto socorro não refletem a escolha do consumidor e sim conduta de profissior médico habilitado, o que, automaticamente, afasta o risco moral decorrente de ação do beneficiário de contrato de assistência à saúde. Diante de tais constatações, não há porquê imputar ônus ao consumidor com incidência de fator moderador financeiro nos casos previstos no Artigo 8º da Minuta.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304724	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Inclusão
304724	- § 5º O reajuste previsto no parágrafo anterior deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses e não poderá ser aplicado quando inexis□r previsão contratual em relação aos seus critérios de aferição e aplicação.	Alteração
304724	- Art. 12. É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde concederem desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou outra vantagem análoga que tenha por obje□vo incen□var u□lização consciente dos procedimentos e eventos em saúde cobertos pelo produto contratado pelo beneficiário desde que não importe inibição à utilização necessária dos serviços de saúde.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304724	ANEXO Estão isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação os seguintes procedimentos: Inclusão Consulta em consultório com especialista em doenças crônicas e degenerativas sem incidência de mecanismos financeiros de regulação (no horário norm preestabelecido).
304724	Alteração do § 5º do Artigo 9° Art. 9º (...) § 5º O reajuste previsto no parágrafo anterior deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, ter previsão contratual de forma destacada e contado da data da vigência do contrato.
304724	Alteração do Artigo 12 Art. 12. É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde a promoção e divulgação de campanha destinada aos beneficiários de contrat previsão contratual de aplicação de fator moderador financeiro com o objetivo de incentivar utilização consciente dos procedimentos e eventos em saúde co pelo produto contratado pelo beneficiário desde que não importe inibição à utilização necessária dos serviços de saúde.

Protocolo	Justificativa
304724	A Fundação Procon tem posicionamento contrário à aplicação de incidência de fator moderador, por se tratar de compartilhamento de custos que oneram consumidor, diminuindo o seu acesso a procedimentos necessários à saúde. A despeito do referido entendimento, na hipótese de a opção regulatória ser pela aplicação de fator moderador, compreendemos que deve haver vedação incidência nos seguintes procedimentos: a) situações que envolvam urgência e emergência; b) procedimentos de alta complexidade; c) internações eletivas de urgência e emergência; d) tratamento seriados ou contínuos (quimioterapia/ hemodiálise/autismo/entre outros), e) exames preventivos.
304724	Considerando o direito básico do consumidor à informação correta, clara, adequada e ostensiva (art. 31, caput e art. 6°, III, do CDC), sugerimos que seja incluída a previsão contratual do reajuste de forma destacada e que seja contado da data da vigência do contrato. Ressalte-se que, se de um lado é direito do consumidor ser informado, de outro, é dever legal do fornecedor que participa da cadeia de distribuição, presta todas as informações concernentes aos produtos e serviços, não se admitindo nenhuma falha ou omissão, para que o consumidor possa adquiri-los ou contratá-los, sabendo o que poderá esperar. Trata-se também da garantia de previsibilidade dos custos que o beneficiário poderá ter com o pagamento de coparticipação/franquia. Vale pontuar que a previsibilidade de custos mitiga os riscos de endividamento, inadimplemento e rescisão do contrato.
304724	Entende-se que a concessão de benefícios destinados a incentivar utilização consciente dos procedimentos e eventos em saúde por meio de mecanismos financeiros de regulação pode ensejar risco potencial de inibição à utilização. Sabe-se que “os pacientes não conseguem discernir entre cuidados apropriados e inapropriados em resposta ao aumento do compartilhamento de custos Para a pessoa média, o aumento do compartilhamento de custos pode não afetar adversamente sua saúde, mas para populações vulneráveis, o aumento compartilhamento de custos está associado a resultados adversos de saúde. Populações de baixa renda são desproporcionalmente afetadas pelo aumento compartilhamento de custos.” Constatou-se que “entre o período de 1990 a 2000 foi verificado em estudo realizado (Lostao et al, 2007) que a ocorrência de taxa de coparticipação no sistema de saúde público francês levou a classe baixa a diminuir a frequência de utilização nos serviços ambulatoriais e aumentar as taxas de internações enquanto a classe alta apresentou aumento dos serviços ambulatoriais e queda na taxa de internações.” Neste sentido, entende-se que campanhas de esclarecimento e orientação, bem como utilização de dispositivos já previstos como os de bonificação vincula a cuidados de saúde indicados na RN 499/2022 mostram-se mais adequados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor
304724	2025-01-31 13:35:05	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304724	- Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - franquia dedu□vel acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja a□ngido o valor previsto no contrato Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 5 como franquia; e II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, n	Alteração
304724	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Inclusão
304724	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Exclusão
304724	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304724	Alteração do inciso II do Artigo 10 II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até definido em contrato, e aplica-se a cada acesso do beneficiário à rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, nos contratos em que haja previsão de escolha, a cada acesso do beneficiário a prestador de serviço de saúde fora da rede da operadora.
304724	Inclusão de Artigo à Seção II - Do limite de exposição financeira Art. 8º O beneficiário do contrato de assistência à saúde poderá contestar as cobranças lançadas a título de coparticipação e franquia, devendo constar, de clara e destacada nos respectivos contratos, os prazos e procedimentos estabelecidos. §1º Quando a operadora for demandada, por qualquer meio, sobre o valor devido pela aplicação de fator moderador financeiro, o beneficiário deverá receber as informações necessárias por escrito, na forma e prazos especificados no Decreto n° 11.034/2022, ou outra legislação que venha a substituí-la. §2º O consumidor cobrado em quantia indevida tem direito à repetição do indébito, por valor igual ao dobro do que pagou em excesso, acrescido de corr monetária e juros legais, salvo hipótese de engano justificável.
304724	
304724	Alteração da redação do caput do Artigo 6° Regras de Uso e Vedações Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respectivos contratos, regulamentos ou instrumentos congê de forma clara e destacada, nos termos do Artigo 31, caput do Código de Defesa do Consumidor, devendo constar as seguintes informações em relação a espécie:

Protocolo	Justificativa
304724	Trata-se de ajuste redacional que confere uma semântica mais didática e clara ao texto.
304724	Considerando a natureza dos serviços, cabe a aplicação de prazos céleres e tratamento das demandas de informações na forma já detalhada no Decreto r 11.034/2022 (Lei do SAC), ou outra legislação que venha a substituí-la. Caso o consumidor seja cobrado indevidamente, terá o direito à repetição do indébito, por valor igual ao dobro do que pagou em excesso, acrescido de correção monetária e juros legais, salvo hipótese de engano justificável. Trata-se de direito garantido pelo Código de Defesa do Consumidor que, a despeit das relações jurídicas envolvidas, o beneficiário não deixa de ser consumidor de serviços e produtos.
304724	A exclusão do inciso III, § 6º do Artigo 5° se justifica pelo fato de que internações psiquiátricas ocorrem à revelia do consumidor, cuja iniciativa parte do prestador de serviço, portanto, circunstâncias que afastam a caracterização do risco moral. Neste sentido, não há justificativa à aplicação de Mecanismos Financeiros de Regulação. Ademais, vale salientar que a manutenção do inciso III compromete a previsibilidade, tornando o consumidor suscetível ao endividamento.
304724	A inserção da expressão “nos termos do Artigo 31, caput, do Código de Defesa do Consumidor” visa reforçar aos fornecedores que não basta uma redaçã clara e em destaque, as informações devem comtemplar as demais características descritas no artigo 31 do CDC.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304742	2025-01-31 14:18:59	Conselho profissional
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304742	- Art. 2º da RN nº 413, de 2016	Exclusão
304734	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Inclusão
304734	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304742	
304734	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.
304734	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat

Protocolo	Justificativa
304742	Gostaria de esclarecer alguns pontos importantes sobre a resolução que a ANS pretende implementar, permitindo a venda online de planos de saúde sem intermediação do corretor. É fundamental que se compreenda o papel essencial do corretor nesse processo. Nosso trabalho vai muito além da simples venda: realizamos estudos personalizados, explicamos detalhadamente as operadoras, esclarecemos todas as regras e garantimos que o cliente faça a escolha mais adequada às sua necessidades. A redução de custos no setor não está ligada à retirada do corretor, mas sim à competitividade, à diminuição da burocracia e, principalmente, a uma fiscalização eficiente. Não se pode ignorar o impacto que temos ao orientar pessoas sem conhecimento técnico, esclarecendo diferenças entre produtos, benefícios e qual opçã melhor atenderá suas demandas. Diante disso, esperamos que essa resolução seja revista, pois conta com a desaprovação de 99% dos profissionais do setor. Atenciosamente,
304734	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.
304734	É fundamental que o Instrumento de Revisão Técnica também considere os “planos não regulamentados”. É sabido pelo Órgão Regulador que muitas Operadoras de Planos de Saúde ainda gerenciam o risco de subscrição de mútuos com tais características, desbravando desafios como a insuficiência de receita de contraprestação, o envelhecimento populacional da massa segurada e o consequente aumento dos custos assistenciais. Este cenário implica na sobreposição das despesas assistenciais em face das receitas percebidas, gerando prejuízos econômicos significativos e resultando na necessidade de subsídios cruzados entre planos regulamentados para manutenção de planos antigos. Ato contínuo, para ilustrar essa realidade, a Cooperativa Médica Unim Sergipe possui aproximadamente 64% da sua carteira composta por planos individuais e/ou familiares. Dentro desse universo populacional, 4,5 pontos percentuais (cerca de 3.800 vidas) correspondem a Planos não Regulamentados, cuja idade média é de 56 anos. Além disso, 51% dessas vidas estão na última faixa etária regulamentar (59 anos ou mais). Por fim, se o Instrumento de Revisão Técnica não contemplar essa realidade mutualística, operadoras como a Unimed Sergipe — e tantas outras que atend populações com esse perfil de risco — continuarão enfrentando altos índices de sinistralidade; sem um reajuste técnico adequado, a sustentabilidade atuari dessas carteiras permanecerá comprometida, impactando diretamente a qualidade e continuidade do atendimento desta população e a geração de resultad positivos de planos regulamentados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
304734	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
304734	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304734	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
304734	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz
304734	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze m consecutivos;

Protocolo	Justificativa
304734	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.
304734	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto socorro. Ao contrário do que const no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No cas de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro la uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pron socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
304734	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionár da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômi financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figu jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pe operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálcul utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entra para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços por contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar um aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala q os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução de número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde públ e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
304734	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
304734	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304734	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.
304734	
304734	

Protocolo	Justificativa
304734	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuarial Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde.
304734	Excluir: a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser utilizado índice de preço; No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve -se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operado
304734	Excluir: III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operado comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajuste não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
304734	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão
304734	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304734	
304734	
304734	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
304734	Excluir: b) nos casos em que for utilizado índice de preço não poderá ser utilizado percentual por meta de sinistralidade. No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve -se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operado
304734	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processu e judiciais.
304734	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304734	

Protocolo	Justificativa
304734	Excluir: I- a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividade Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído o inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver em risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/2 muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemente superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivos acabam subsidiando os resultados n análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico financeiros que ameacem sua solvência), a sinistralidade do tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão mais elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhum dos períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre e decorrência do financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a oferta desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, a demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos. Se manter o critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operadora apresentará. Ademais é importante destacar que, às Agências Reguladoras, não é permitida a criação de leis ou mesmo a inovação daquilo que o legislador definiu. Nes sentido, veja que art. 4º, XVII, da Lei nº 9961/2000 e o art. 16, XI, da Lei nº 9.656/98, estabelecem a viabilidade de revisão técnica, entretanto, não inclui requisitos dos quais a norma pretende criar. Portanto, a inclusão dos critérios de elegibilidade/contrapartidas trata-se de uma inovação legal e vai além do q o legislador pretendeu ao dispor do tema conforme referidos dispositivos. Aliás, no que tange à demonstração de desequilíbrio da carteira de planos individuais, já que a ANS entende a meta de sinistralidade de 75% é suficiente para fins de cálculo do reajuste do plano coletivo, entende-se que o mesmo indicador poderia ser um parâmetro para concessão da revisão técnica nos planos individuais. Ou seja, ultrapassada essa meta, seria possível a concessão revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração
304734	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração
304734	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304734	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
304734	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)
304734	

Protocolo	Justificativa
304734	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência que ANS não deveria interferir. Em casos excepcionais como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratante, ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo de 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez que operadora terá que esperar dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando a liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situações alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.
304734	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representar apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada a pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior por adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empres que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenç dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
304734	Exclusão: Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas. Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo levar a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade prestação dos serviços assistenciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão
304734	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão
304734	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão
304734	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão
304734	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
304734	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304734	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.
304734	
304734	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colo entre outros insumos inerentes.
304734	
304734	
304734	

Protocolo	Justificativa
304734	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assert é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tip de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.
304734	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processua e judiciais.
304734	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é "procedimento", para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.
304734	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade d existência da administradora de benefícios.
304734	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o praz para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valo excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.
304734	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
304734	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
304734	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304734	
304734	Alterar: II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eve realizados.
304734	

Protocolo	Justificativa
304734	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participante entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.
304734	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto socorro. Ao contrário do que const no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesm SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele qu será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
304734	Excluir: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
304734	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304734	
304734	

Protocolo	Justificativa
304734	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto socorro. Ao contrário do que const no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só c as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e maior capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimer o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para operadoras devido à necessidade de customização de sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerand efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acess esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
304734	Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o at jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes dever ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca -se ainda que, o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam u reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo -se as características do produto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304734	

Protocolo	Justificativa
304734	Excluir: II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário. Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece q haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposiç financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravare suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios ac seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de pert utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ain pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequênc ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médica de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48% equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiame do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de plano coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que deve ser estabelecido o limite d valor de 1 mensalidade/mês.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- § 2º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, até o 30º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma. § 3º Após o 31º dia de internação, consecu□vos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar copar□cipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.	Alteração
304734	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304734	ALTERAR O §3º PARA: § 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á col coparticipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%
304734	

Protocolo	Justificativa
304734	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 1(milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: "No caso de operadoras que pratique valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, um vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem defin trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos". Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativa Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido d 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no núm de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de "financiamento integral", entende-se que pode ser estabelecido 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica partir do 31º dia, portanto, a proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haver efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiári funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.
304734	Excluir: III - os limites de exposição financeira; A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304734	

Protocolo	Justificativa
304734	Excluir: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. D acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerar o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de m de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os plan de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas po essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Cor um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistema mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingi O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde população). Portanto, com base nos estudos elaborados, entende-se que pode ser estabelecido que o valor de coparticipações não poderá ser superior a ur mensalidade, podendo ser cobrado o excedente nos meses seguintes. O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual que não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendiment adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108, por exemplo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304734	

Protocolo	Justificativa
304734	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, er que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborad considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contratos em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/an Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a proposta vai contra o risco moral expos pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação de perda). Da mesma forma, so a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando o impacto de toda as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕE, ao comparar o resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positivo de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Estima-se que a sinistralidade aumente em pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verifica se que a manutenção da regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilização dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação e/ou franquia nos atendiment ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades em 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamen das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e le à insolvência de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade de isenções. Com base nos estudos realizados (os quais serão enviados à ANS), entende-se que é necessária a adequação no Anexo, no seguinte sentido: 1. Consultas Médicas: Isenção de apenas 2 (duas) consultas realizadas com médico generalista, ao ano. 2. Exam de Pré -Natal: As isenções das 10 consultas de obstetrícia serem complementares as 2 (duas) consultas já isentas no item I – Consultas Médicas. Em sum as medidas propostas pela ANS, portanto, vão afastar brasileiros do setor de saúde suplementar (como admitido pela própria ANS no RAIR). Ao invés de beneficiar os consumidores, apenas a elite brasileira terá acesso aos planos de saúde, sobrecarregando o SUS e estimulando cartões de desconto e clínica populares. As empresas, que já não suportam o peso dos planos de saúde na “folha”, não conseguirão manter esses benefícios aos seus colaboradores (80

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração
304734	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
304734	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304734	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas.
304734	
304734	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a s considerada para a formação do agrupamento

Protocolo	Justificativa
304734	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Siste Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento d 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados e reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo d vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquan pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
304734	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar condiciona ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, um vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausên de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusiv com criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversa Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresaria por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. Já que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende -s que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência de forma mal -intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultando ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto dev continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligada com fraudes e prejuízos financeiros.
304734	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para asempres as, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 10 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado co um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
304734	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304734	
304734	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Protocolo	Justificativa
304734	Excluir - VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento).” (NR). Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além promover uma indexação do seto r . Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberdade econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima de 25%, sendo 85% de pequeno porte, 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero ou negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesas não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade me de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. E patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) ond sinistralidade meta corresponde a (1 – C), sendo “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cada operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabeleci na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistenci diferente uma da outra. Deste modo, não deve ser previamente estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de uma sinistralidade meta mínin não se justifica. Tal medida limitaria a liberdade econômica das operadoras, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas.
304734	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, p força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiá não o faça diretamente ao prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304734	

Protocolo	Justificativa
304734	Excluir: II - a operadora deve apresentar evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospital Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, p meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formaç inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operador torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. H um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, regiã com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos vi princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigor contratos em que as contraprestações n são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que se possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial d operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Inclusão
304734	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304734	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
304734	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;

Protocolo	Justificativa
304734	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece q haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixadc poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principa implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorv a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessív para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, a incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas d Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiame do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% valor do procedimento. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupa em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.
304734	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, a para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINI QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304734	

Protocolo	Justificativa
304734	Excluir: V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III). Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todo que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico - financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saú As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende exis nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico - financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, do reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre custos com a assistência médica e as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operador ajustarem os valores cobrados dos beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por sua vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com inflação, cumprindo o princípio atuarial da “preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)”. Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizaçõ no Rol de Procedimentos e a introdução de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolher entre ajustar os preços com base na inflação geral ou com base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. A se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessária correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índi de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulaçã de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada ou de variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contratos bem como elitiza ainda mais o valor da mensalidade do plano de saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa suprir, além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais e outros fornecedores da operadora, os impactos das novas coberturas decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos que são aprovadas durante a execução dos contratos, portanto, não precificadas, que de fato não constam no histórico de utilização presente ou passada, mas que farão parte do custo futuro do contrato. O índice financeiro é uma forma de aplicação simplificada do que chamamos de visão prospectiva, ainda que utilizarmos para essa finalidade, não é, na maioria das vezes, suficiente para suprir os incrementos de custos para o próximo períod quando de fato utilizaremos os valores reajustado das contraprestações.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304734	2025-01-31 14:27:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304734	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304734	

Protocolo	Justificativa
304734	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora . De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele qu será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derroca de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano d saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que nã terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do us de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem se desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvência de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade de isenções. A principal implicaçã dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessív para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduz ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os défic do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quan cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional impos por essas regras torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarm em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (ve

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304745	2025-01-31 14:48:01	Consultoria
304741	2025-01-31 15:04:21	Paciente
304741	2025-01-31 15:04:21	Paciente
304741	2025-01-31 15:04:21	Paciente

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304745	- Art. 1º A presente Resolução Norma□va - RN dispõe sobre os procedimentos para a contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. As disposições constantes nesta RN aplicam-se também às operadoras classificadas como administradoras de benefícios.	Exclusão
304741	- Art. 29. A operadora poderá solicitar, a qualquer tempo, o arquivamento do processo administra□vo já autuado. § 1º Caso o beneficiário já tenha sido no□ficado a respeito da abertura do processo administra□vo, este deverá manifestar concordância para a efetivação do arquivamento. § 2º A ANS deverá comunicar a decisão de arquivamento administrativo às partes, na forma dos art. 25.	Exclusão
304741	- § 1º A operadora deverá oferecer ao □tular do contrato um termo adi□vo que preveja um índice de preços, conforme disposto no caput deste ar□go, que passe a vigorar como critério de reajuste anual nos contratos onde: I - não haja cláusula de reajuste; II - as cláusulas não indiquem expressamente o índice de preços a ser u□lizado para reajustes das contraprestações pecuniárias; III - haja omissão quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste; IV - o índice de preços sofra descontinuidade na apuração; ou V - conste exclusivamente o índice de reajuste divulgado pela ANS.	Alteração
304741	- § 1º Além dessas informações, todos os Guias e Manuais que sejam obrigatórios na contratação presencial devem estar disponíveis para impressão ou download e assinatura pelo interessado.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304745	
304741	
304741	A operadora deverá fornecer não só ao titular mas também ex funcionário que permanecem em planos do empregador e que fazem o custeio do plano de
304741	Que as informações seja enviada para o contratante e também aos participantes como os funcionários das empresas e dependentes, que as Informações e disponíveis no site da operadora.

Protocolo	Justificativa
304745	A aprovação da venda direta de planos de saúde pela ANS representa riscos para consumidores e corretores. O corretor não apenas intermedeia vendas, m oferece consultoria especializada, auxiliando na escolha do plano, no esclarecimento de dúvidas e no suporte contínuo. Riscos da Venda Direta Falta de orientação adequada: Consumidores podem adquirir planos inadequados. Dificuldade na resolução de problemas: Ausência de suporte especializado. Risco de vendas inadequadas: Planos podem não atender às necessidades reais. Impacto no Mercado A exclusão do corretor pode comprometer a transparência, sobrecarregar órgãos reguladores e afetar a qualidade do atendimento. Corretores também fiscalizam práticas abusivas e auxiliam na mediação de conflitos. Conclusão Corretores são essenciais para garantir informação, suporte e qualidade no atendimento. A venda direta pode prejudicar consumidores e a sustentabilidade setor, tornando necessária uma regulamentação que preserve o papel desse profissional.
304741	A operadora muitas vezes não passa informações corretas podendo assim não dar explicações que possam prejudicá-la
304741	Hoje quando o ex funcionário concorda permanecer no plano conforme lei 9656/98 não tem explicação nenhuma por parte da empresa como ocorrera os reajustes anuais (cálculos) pois não é de interesse nem interesse da operador como do empresa.
304741	Hoje como ex funcionário aposentado é negado acesso apólice e tudo que é relacionado ao contrato tanto pela operadora de Saúde como pela Empresa qu fui funcionário. É feito assim para não ser contestado judicialmente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304756	2025-01-31 15:19:56	Interessados no tema
304739	2025-01-31 15:31:03	Entidade representativa de operadoras
304739	2025-01-31 15:31:03	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304756	- Art. 1º O art. 2º, da Resolução Norma□va nº 413, de 11 de novembro de 2016, passa a vigorar com a seguinte redação:	Exclusão
304739	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração
304739	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304756	
304739	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.
304739	

Protocolo	Justificativa
304756	Gostaria de esclarecer alguns pontos importantes sobre a resolução que a ANS pretende implementar, permitindo a venda online de planos de saúde sem a intermediação do corretor. É fundamental que se compreenda o papel essencial do corretor nesse processo. Nosso trabalho vai muito além da simples venda: realizamos estudos personalizados, explicamos detalhadamente as operadoras, esclarecemos todas as regras e garantimos que o cliente faça a escolha mais adequada às suas necessidades. A redução de custos no setor não está ligada à retirada do corretor, mas sim à competitividade, à diminuição da burocracia e, principalmente, a uma fiscalização eficiente. Não se pode ignorar o impacto que temos ao orientar pessoas sem conhecimento técnico, esclarecendo diferenças entre produtos, benefícios e qual opção melhor atenderá suas demandas. Diante disso, esperamos que essa resolução seja revista, pois conta com a desaprovação de 99% dos profissionais do setor. Isso é um absurdo, e um desrespeito com a nossa profissão.
304739	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.
304739	Exclusão do inciso I: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304739	2025-01-31 15:31:03	Entidade representativa de operadoras
304739	2025-01-31 15:31:03	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304739	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
304739	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304739	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.
304739	

Protocolo	Justificativa
304739	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuari de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de um carteira de planos de saúde.
304739	Exclusão do inciso III : Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, por meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formação inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. Há um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, região com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos viola princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigo contratos em que as contraprestações não são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304739	2025-01-31 15:31:03	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304739	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304739	

Protocolo	Justificativa
304739	Exclusão do inciso I - Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/2 muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemer superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivos acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência), a sinistralidade tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão ma elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhu dos períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre em decorrência do financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a ofert desse tipo de contratação pelas operadoras.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304739	2025-01-31 15:31:03	Entidade representativa de operadoras
304739	2025-01-31 15:31:03	Entidade representativa de operadoras
304739	2025-01-31 15:31:03	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304739	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
304739	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304739	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304739	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat
304739	
304739	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Protocolo	Justificativa
304739	É fundamental que o Instrumento de Revisão Técnica também considere os “planos não regulamentados”. É sabido pelo Órgão Regulador que muitas Operadoras de Planos de Saúde ainda gerenciam o risco de subscrição de mútuos com tais características, desbravando desafios como a insuficiência de receita de contraprestação, o envelhecimento populacional da massa segurada e o consequente aumento dos custos assistenciais. Este cenário implica na sobreposição das despesas assistenciais em face das receitas percebidas, gerando prejuízos econômicos significativos e resultando na necessidade de subsídios cruzados entre planos regulamentados para manutenção de planos antigos. Ato contínuo, para ilustrar essa realidade, a Cooperativa Médica Unimed Sergipe possui aproximadamente 64% da sua carteira composta por planos individuais e/ou familiares. Dentro desse universo populacional, 4,5 pontos percentuais (cerca de 3.800 vidas) correspondem a Planos não Regulamentado cuja idade média é de 56 anos. Além disso, 51% dessas vidas estão na última faixa etária regulamentar (59 anos ou mais). Por fim, se o Instrumento de Revisão Técnica não contemplar essa realidade mutualística, operadoras como a Unimed Sergipe — e tantas outras que atend populações com esse perfil de risco — continuarão enfrentando altos índices de sinistralidade; sem um reajuste técnico adequado, a sustentabilidade atuar dessas carteiras permanecerá comprometida, impactando diretamente a qualidade e continuidade do atendimento desta população e a geração de resultad positivos de planos regulamentados.
304739	Exclusão do inciso III: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.
304739	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304739	2025-01-31 15:31:03	Entidade representativa de operadoras
304759	2025-01-31 15:44:18	Órgão de defesa do consumidor
304759	2025-01-31 15:44:18	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304739	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304759	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
304759	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304739	
304759	Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos, devem constar do cor celebrado entre as partes.
304759	VIII – o reajuste por sinistralidade somente poderá ser aplicado se e quando demonstrado, a partir de extrato pormenorizado e previamente ao reajuste e

Protocolo	Justificativa
304739	Exclusão do parágrafo único: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo le a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.
304759	Tendo em vista a uniformização das regras aplicáveis à rescisão de contratos coletivos, entendemos que esta distinção se faz desnecessária no normativo
304759	Sabe-se que a sinistralidade pode variar de acordo com diversos fatores exógenos, entretanto, convém destacar que a jurisprudência reconhece que não h espaço para presumi-la ou antevê-la. Em razão disto, a forma como se executa esse reajuste difere sensivelmente dos reajustes anuais ou por faixa etária cujas condições devem ser especificadas previamente. Em recente julgamento ocorrido em 2024 (REsp 2.065.976/SP), a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça estabeleceu que o reajuste por sinistralidade somente poderia ser aplicado “se e quando demonstrado, a partir de extrato pormenorizado, o incremento na proporção entre as despesas assistenciais e a receitas diretas do plano. O STJ ainda especificou que essa demonstração precisaria ocorrer antes do reajuste em si . Depreende-se, portanto, tratar-se de uma condição prévia: as operadoras de saúde precisam cumprir essa obrigação para poder aplicar o reajuste por sinistralidade nos planos coletivos. Cumpre mencionar que a ausência de extrato pormenorizado para comprovar a sinistralidade, com informações claras e adequadas infringem o artigo 6º, III CDC e ainda enseja a imposição de obrigação iníqua, excessiva, que cria desvantagem exagerada e permite a variação unilateral do preço - no artigo 51, incisos IV e X. A inclusão do inciso VII ao Artigo 23 tem embasamento em entendimento do STJ, no Código de Defesa do Consumidor e na segurança jurídica do consumidor, que somente poderá ser cobrado pelo reajuste da sinistralidade se houver comprovação específica da necessidade de sua aplicação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304759	2025-01-31 15:44:18	Órgão de defesa do consumidor
304759	2025-01-31 15:44:18	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304759	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Inclusão
304759	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304759	VII - o índice mencionado no inciso I deste artigo se submeterá aos critérios e parâmetros de cálculo determinados pela ANS em instrução normativa
304759	Inclusão do parágrafo 3º ao Artigo 23 da RN n. 557/2022 Art. 23. (...) § 3º A Operadora, por ocasião de rescisão de contratos coletivos, deverá informar à ANS, rescisões efetuadas, beneficiários atingidos e motivo da resci observando procedimentos definidos pela ANS,

Protocolo	Justificativa
304759	A inclusão do inciso VII ao Artigo 27 da RN nº 565/2022 se fundamenta na falta de clareza das cláusulas contratuais utilizadas para justificar a aplicação d reajuste aos contratos coletivos. Aliás, a referida deficiência é citada como um dos problemas regulatórios apontados pela ANS: “Cláusulas de reajuste com soma de fatores, não transparentes, ambíguas, com parâmetros genéricos ou sem relação com os contratos como “fator de confiança” e “margem de segurança” que configuram assimetria de informação entre as partes e consequente desequilíbrio na negociação ou no acompanhamento das causas do índice de reajuste apresentado;” Salienta-se que, no mercado de planos individuais e familiares, o índice passou a ser definido e autorizado pela ANS, afastando da Operadora a definição d cálculo de reajuste (RN 441 e IN 30). Contudo, nos contratos coletivos, não houve mudança, sendo mantida a autonomia da Operadora em definir as bases critérios para o reajuste dos contratos. Neste sentido, substituir a redação anterior: “índice eleito pela operadora” para “um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente”, não resolve assimetria de informação e pode representar um passo na substituição de cláusulas que impedem a verificação do cálculo e favorecem interpretações favoráveis à operadora. Vale pontuar que no RAIR, a ANS sugeriu como alternativa regulatória a definição de “índice eleito” no Art. 27 da RN 565/22, inflacionários, único e de font imparcial. Por todos apontamentos acima expostos, compreende-se que os critérios e parâmetros de cálculo do índice deve ser obrigatoriamente fixado pela ANS.
304759	Salienta-se que as informações referentes às rescisões efetuadas, beneficiários atingidos e motivo da rescisão são fundamentais para que a ANS possa monitorar o mercado e promover os ajustes necessários.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304759	2025-01-31 15:44:18	Órgão de defesa do consumidor
304759	2025-01-31 15:44:18	Órgão de defesa do consumidor
304759	2025-01-31 15:44:18	Órgão de defesa do consumidor
304759	2025-01-31 15:44:18	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304759	- Art. 32. Os boletos e faturas de cobrança com a primeira parcela reajustada dos planos cole□vos, deverão conter as seguintes informações: I - o nome do produto, o número do registro do produto na ANS ou o código de iden□ficação no Sistema de Cadastro de Planos Antigos, e o número do contrato ou da apólice;	Inclusão
304759	- Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as coberturas adicionais contratadas em separado, multa, juros e taxas. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304759	- II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304759	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304759	Inclusão do § 3º ao Artigo 32 da RN n. 565/2022 Art. 32. Os boletos e faturas de cobrança com a primeira parcela reajustada dos planos coletivos, deverão conter as seguintes informações: § 3º A Operadora deverá comunicar aos beneficiários do contrato, no mês do reajuste, as informações previstas neste artigo por meio de documento impre digital.
304759	Alteração do caput do Artigo 33 da RN n. 565/2022 Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as cober adicionais contratadas em separado, multa, juros e taxas.
304759	Alteração do inciso II do Artigo 36 da RN n. 565/2022 Art. 36. Para os fins desta Resolução, considera-se: II – contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por atender, na data da apuração da quantidade de benef o disposto no caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo;
304759	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, para a apuração da quantidad beneficiários, a operadora deverá levar em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a administradora.

Protocolo	Justificativa
304759	Compreende-se que a Operadora deve comunicar aos beneficiários do contrato, no mês do reajuste, as informações previstas no artigo 32 por meio de documento impresso ou digital. Na forma prevista no § 1º do Artigo 32 da Resolução n° 565/22 esta obrigação é vaga ao mencionar que a Operadora "...deverá diligenciar para que os beneficiários recebam, no mês do reajuste, um documento contendo as informações previstas neste artigo". Cumpre frisar que o contratante e beneficiário são pessoas distintas nos contratos coletivos. Neste sentido, é fundamental que a Operadora resguarde o dire à informação ao beneficiário do contrato, assim como a garantia de que este possa exercer a contestação dos procedimentos e valores cobrados. Neste sentido, a inclusão do § 3º ao Artigo 32 da Resolução confere a mencionada garantia ao beneficiário.
304759	A despeito de o artigo tratar da discriminação de valores, a inclusão da palavra "taxas" confere ao artigo imprecisão e insegurança jurídica do que realment poderá ser cobrado a este título. Entende-se que se deve especificar quais taxas o artigo se refere.
304759	Trata-se de ajuste redacional que confere uma semântica mais didática e clara ao texto. Verifica-se que o Art. 37, caput da RN n. 565/2022 define o número de beneficiários de agrupamento obrigatório e o § 1º trata do agrupamento facultativo d contratos acima dos limites legais estabelecidos. Neste sentido, entende-se que retirar a expressão "estabelecido pela operadora" confere maior clareza ao dispositivo, visto que a remissão também é feita a agrupamento obrigatório (caput) e não apenas ao facultativo (§ 1º).
304759	Compreende-se que a redação original do § 5º do Artigo 40 da RN n° 565/2022 deve ser mantida. Vale salientar que a nova redação abre a possibilidade para o reajuste diferenciado, o que destoa do princípio do agrupamento como mecanismo de cálculo reajuste pela promoção do mutualismo, decorrente da diversidade das carteiras em uma mesma operadora. Vale ressaltar que o próprio § 1º do Art. 41 determina: "§ 1º O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser únicc sendo vedado qualquer tipo de variação."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304759	2025-01-31 15:44:18	Órgão de defesa do consumidor
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304759	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
304760	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
304760	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304759	Alteração do parágrafo 1º do Artigo 23 da RN n. 557/2022 Art. 23. (...) § 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empre somente poderá ser rescindido pela operadora, quando contemplar todos os contratos coletivos agregados ao agrupamento adotado para fins de reajuste, m comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisã da comunicação.
304760	Art. 6o Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respectivos contratos, regulamentos ou instrumentos congê de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I – os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais distinções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o c no art. 7o desta Resolução Normativa; IV - os critérios de reajuste dos valores devidos a Título de Mecanismos Financeiros de Regulação, se houver; e V - os valores monetários fixos referentes aos atendimentos realizados em pronto-socorro e em regime de internação, conforme previsão do art. 8o desta Re Normativa.
304760	Art. 2o É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.

Protocolo	Justificativa
304759	A alteração se justifica pelo fato de que a regra proposta na minuta não é suficiente para resguardar os consumidores da rescisão unilateral dos contratos mediante seleção de risco, claramente evidenciado nas denúncias acompanhadas nos últimos anos. Em relação à data estipulada da rescisão – data do aniversário – deve-se levar em consideração que os contratos poderão ter entre si datas de aniversári diferentes.
304760	Alteração inciso I: A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5o. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exclusão inciso III: A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5o. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.
304760	Apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparentar ser forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contrataçã esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve s tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operação é maior. A experiên tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados, etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos de fraude na toada do que vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura pa entrevista qualificada presencial, com aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercad assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital como fator importante; contudo, a sua adoção deve se dar forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente o Princípio Constitucional da Livre Iniciativa.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304760	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304760	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão
304760	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Alteração
304760	- § 2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por profissional de saúde não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista. (Redação dada pela Resolução Normativa nº XX, de 20XX)	Exclusão
304760	- § 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I do caput deste ar□go será aferido proporcionalmente, mul□plicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Exclusão
304760	- Art. 1º A presente Resolução Norma□va dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 1 fatores moderadores de u□lização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea “a” do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respec□vas alíneas do art. 19, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos e	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304760	
304760	§ 5o - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colo entre outros insumos inerentes.
304760	§ 4o A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal, bem como data de execução do procedimento nos últ meses.
304760	
304760	
304760	§1º As regras previstas nesta resolução normativa são aplicáveis de forma obrigatória nos planos referência previstos no art. 10 da Lei nº 9.656/98.

Protocolo	Justificativa
304760	Solicitamos a exclusão da lista de isenções proposta, considerando os significativos impactos econômico-financeiros que ela pode gerar para as Operadora de Planos de Saúde. No caso das Cooperativas Médicas Unimeds de Santa Catarina, projeta-se um aumento substancial no custo líquido, decorrente da lis de isenções sugerida pela CP 145. Esse impacto será um aumento de 2,47% no custo líquido total das Operadoras, o que equivale a R$ 96,1 milhões, mais 40% do resultado líquido acumulado pelas Operadoras de Santa Catarina de janeiro/24 a setembro/24. A recomendação anual de consultas médicas divulga pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria/GM no 1.101/2002 é de três consultas médicas ao ano, ou seja, estão sendo propostas isenções superiores que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. Estimamos que apenas as isenções de coparticipação propostas na Consulta Pública no 145, aumenta o preço dos nossos planos atualmente vendidos em quase 10%, sem considerar os percentuais de redução e limites financeiros de exposição ainda propost na referida consulta pública. Destacamos a preocupação com a manutenção da lista de isenções, que, à medida que for atualizada, poderá gerar impactos ainda mais expressivos para as operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor. Em síntese, a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação inegavelmente trará incremento de custos redistribuídos para aqueles que não são os usuários diretamente envolvidos no atendimento assistencial em questão. Os reflexos negativos são diversos com risco de desequilíbrio derivado da benesse.
304760	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em interpretações equivocadas .
304760	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação dos beneficiários.
304760	Considerando que a declaração de saúde [DS] é um instrumento para coletar informações sobre o atual estado de saúde do cliente; Considerando a necessidade da devida orientação sobre o preenchimento da Doença e lesão pré existente [DLP] para a aplicação da cobertura parcial temporária [CPT]; Considerando que o profissional médico é habilitado para identificar e interpretar a história de saúde do cliente e orientá-lo sobre o preenchimento da DLP n DS; Recomendamos a manutenção que a entrevista qualificada seja preenchida por um profissional médico e mantida a recomendação da RN vigente.
304760	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação dos beneficiários.
304760	Caso as sugestões de alterações dos demais itens da proposta de resolução não sejam aceitos pela Agência, solicita-se, ao menos, que as determinaçõe estabelecidas sejam obrigatórias apenas para os planos referência, sendo facultativa aos demais planos oferecidos pelas operadoras. Como os planos referência são de oferecimento obrigatório, será permitido aos clientes escolherem entre este tipo de produto e os demais oferecidos pelas operadoras, os quais poderão estabelecer outros regramentos para mecanismos financeiros de regulação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304760	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
304760	- § 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão copar□cipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.	Alteração
304760	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304760	§ 1o À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
304760	§ 3o Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão coparticipação deverão ser mencionados no contrato, bem como disponibilizados p operadora através de meios que garantam a ciência dos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUS
304760	

Protocolo	Justificativa
304760	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer No 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo no 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Acrescentemos, por fim, que a previsão do prazo de 60 dias como está no parágrafo é inviável na prática: as negociações para o reajuste precisam basear-se em um histórico da sinistralidade e demandam reuniões e avaliações do contratante e da Operadora, diversas.
304760	Necessário esclarecer que a listagem será mencionada em contrato e também disponibilizada em outros meios, tendo em vista que será atualizada periodicamente diante das atualização do Rol de Procedimento e Eventos em Saúde.
304760	Considerando que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudic livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade d existência da administradora de benefícios.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304760	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Alteração
304760	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304760	Art. 4o A operadora contemplada com o instituto da Revisão Técnica deverá comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antece mínima de 3 (três) meses.
304760	§4o Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.

Protocolo	Justificativa
304760	Exclusão inciso I: apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparentar ser forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contratação, esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível cor a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operaç é maior. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documento forjados, etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos de fraude na toa do que vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar um estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido pa o mercado assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital como fator importante; contudo, a sua adoçã deve se dar de forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente Princípio Constitucional da Livre Iniciativa. Exclusão inciso III: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que es instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaraçã que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos lega que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora. Exclusão parágrafo 1º: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisõe técnicas em um horizonte de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo levar a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de plan de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garar a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.
304760	A tabela referência deverá se basear nos valores praticados pela operadora com sua rede de prestadores, logo, as atualizações da tabela devem acompanh estes valores e não apenas se limitar a um índice de reajuste.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304760	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
304760	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
304760	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304760	
304760	
304760	§ 6o A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos priva assistência à saúde e sua rede credenciada (direta e indireta), referenciada ou cooperada.

Protocolo	Justificativa
304760	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poder haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fato moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos q a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clíni populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, que podem comprometer a assistência e levar à insolvência de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalida de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade de isenções. A principal implicação dessa imposição de limites de exposiç financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravare suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios ac seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de pert utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ain pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanis de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (v que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população).
304760	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.
304760	Os valores praticados na rede indireta, via intercâmbio ou contrato de reciprocidade, não são os mesmos praticados pela operadora na sua rede direta, sen relevante que haja previsão de que estes valores integrem a tabela de referência de coparticipação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304760	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
304760	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão
304760	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
304760	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304760	
304760	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como produtos de atenção primária à saúde.
304760	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor 18 (dezoito) meses após a sua publicação.
304760	§ 2o Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
304760	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o praz para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valo excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio
304760	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais asserti é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tip de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.
304760	As mudanças apresentadas pela norma impactam nos processos operacionais da operadora, exigem várias parametrizações e controles que precisam se desenvolvidos, testados e só depois implementados.
304760	A respeito das limitações sobre as coparticipações, destacamos os seguintes impactos: ACESSIBILIDADE: Atualmente, a existência de fator moderador tor o plano de saúde mais acessível, pois a mensalidade fixa mensal tende a ser menor. A sua presença, assim, funciona como facilitador de acesso a novos beneficiários em razão do efeito de restringir o comprometimento financeiro fixo mensal para os mesmos: menor mensalidade. FATOR DE CONTENÇÃO D CUSTOS: O fator moderador é utilizado como instrumento de negociação para reduzir a aplicação dos percentuais de reajuste, resultando assim em ganh direto aos beneficiários. UTILIZAÇÃO INDEVIDA, MAIS DESPERDÍCIOS, MENOS AUDITORIA: Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em ge Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impact direto na cobrança, ou impacto extremamente reduzido. BENEFICIÁRIOS DE BAIXA UTILIZAÇÃO x POLÍTICA DE SUBSÍDIO: Se implementada na forma pretendida o efeito será muito forte para os beneficiários que não utilizam com frequência o plano: terão suas mensalidades agravadas para sustentar os limites impostos e atenuar os maiores utilizadores, gerando efeito nocivo ao mercado. As empresas contratantes (que são as grandes subsidiárias das mensalidades dos planos de saúde e já estão tendo dificuldades de suportar o impacto do aumento dos reajustes em razão das ampliações consecutivas d Rol de Procedimentos) serão fortemente impactadas com essa mudança. Tenderão as empresas a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o potencial mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficit no sistema público de saúde Assim, entendemos que os benefícios atuais da coparticipação são muito maiores, que as pequenas distorções que eventualmente existem: o que está possibilitando a atual ampliação da base de clientes no sistema é justamente as mensalidades mais competitivas, que necessitam da participação ativa do seus beneficiários, em especial com o instrumento da coparticipação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304760	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304760	- § 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mecanismos Financeiros de Regulação, além daqueles elencados no Anexo desta norma.	Alteração
304760	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
304760	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304760	
304760	§ 1o As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança d Mecanismos Financeiros de Regulação.
304760	Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.
304760	2o Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Finance Regulação incidentes sobre esta última. O presente não se aplica aos planos de assistência à saúde com previsão de participação apenas na segmentação ambulatorial, que permanece devida.

Protocolo	Justificativa
304760	O percentual por meta de sinistralidade tem como finalidade reequilibrar a proporção entre utilização e receita do plano, enquanto o índice de preços serve para reposição inflacionária dos custos médico-hospitalares que ocorrem no tempo. Portanto, é necessário permitir a consideração de ambos os índices, pa que seja possível manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contratos. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, do reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial pa as operadoras, reflete a relação entre os custos com a assistência médica e as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na m de sinistralidade, permite às operadoras ajustarem os valores cobrados dos beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas p reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por sua vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais d operação, em conformidade com a inflação, cumprindo o princípio atuarial da “preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)”. Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizações no Rol de Procedimentos e a introdução de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolherem entre ajustar os preços com base na inflação geral ou com base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. Ao se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aume de custos para o período seguinte e a necessária correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratu é atendida, o que acarretará o acúmulo do índice de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidad do contrato. Portanto, a vedação da acumulação de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflaç elevada ou de variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade do contratos bem como elitiza ainda mais o valor da mensalidade do plano de saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa supri além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais e outros fornecedores da operadora, os impactos das novas coberturas decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos que são aprovadas durante a execução dos contratos, portanto, não precificadas, que de fato não constam no histórico de utilização presente, ou passada, mas que farão parte do custo futuro do contrato. O índice financeiro é uma forma de aplicação simplificada do que chamamos de visão prospectiva, ainda que utilizarmos para essa finalidade, não é, na maioria das vezes, suficiente para suprir os incrementos de custos para o próximo período, quando de fato utilizaremos os valores reajustado das contraprestações.
304760	As operadoras devem ter a faculdade de isentar a cobrança de mecanismos financeiros de regulação para determinados procedimentos ou em determinada situações.
304760	Esta resolução entra em vigor na dEntende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar que é de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com planos coletivos, sendo que os estudos elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais breve possível. ata de sua publicação.
304760	Caso o plano do beneficiário não preveja cobrança de coparticipação para internações, deve ser permitida a cobrança do atendimento em pronto socorro

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304760	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304760	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304760	§ 1o É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos com cem ou mais beneficiários ao agrupamento de c descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formaçã agrupamento.
304760	Art. 3o Para que sejam elegíveis ao instituto da Revisão Técnica as operadoras devem apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos ind ou familiares há pelo menos 3 (três) anos.

Protocolo	Justificativa
304760	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.
304760	Exclusão do inciso I: Quando a operadora estiver em risco de solvência por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolv toda carteira da operadora. A revisão técnica deve funcionar de forma preventiva para evitar a insolvência, assim o pedido de revisão técnica apenas da carteira como um todo perde o sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação resultado. A avaliação do desequilíbrio do plano individual ou familiar é relevante para prevenir a insolvência e fomentar a sua comercialização Exclusão do inciso III: Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, por meio de estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formação inicial d preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste pa os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se cru que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. Há um cenário desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, região com escass de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos viola princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigor contratos em que as contraprestações não são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304760	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304760	

Protocolo	Justificativa
304760	Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberdade econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais enviados pela Unimed do Brasil demonstram qu 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima de 25%, sendo 85% de pequeno porte, 68% de médio porte e 16% de grande port Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero ou negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiário (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado no ICSA do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesas não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. Este patama dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) onde a sinistralidade meta corresponde a (1 – C), sendo “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cada operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabeleci na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistenci diferente uma da outra. Deste modo, não deve ser previamente estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de uma sinistralidade meta mínin não se justifica. Tal medida limitaria a liberdade econômica das operadoras, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304760	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
304760	- § 2º No documento previsto no parágrafo 1º, a informação tratada no inciso III do caput deste ar□go deverá especificar o valor para pagamento do beneficiário e o valor da mensalidade do mês anterior. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304760	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304760	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304760	Art. 8º. Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em realizados em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte: I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e even realizados.
304760	
304760	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.
304760	IV – Excepcionalmente no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as de assistenciais, acrescida da variação da PEONA e das receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apura reajuste;

Protocolo	Justificativa
304760	Alteração art. 8º: A cobrança fixa de internação faz sentido, contudo não se deve aplicar a mesma regra para atendimentos de pronto-socorro, pois estes podem ser de diferentes complexidades. Desta forma, deve ser permitido às operadoras aplicarem valores percentuais para os atendimentos em pronto-socorro. Destaca-se que qualquer tipo de limitação na cobrança de valores a título de mecanismos financeiros de regulação pode acarretar no aumento da mensalidades e consequentemente inviabilizar a participação de clientes com menor índice de utilização, o que pode impactar o mutualismo dos planos de assistência à saúde. Mecanismos financeiros de regulação, ajudam na utilização consciente do plano, permitindo um maior equilíbrio contratual, a cobrança mensalidades menores e a sustentabilidade das operadoras. Sugere-se que este tema seja objeto de mais debates para verificação aprofundada de seus impactos na saúde suplementar. Alteração inciso I: Conforme mencionado, atendimentos em pronto socorro podem ser de diferentes complexidades, limitar ainda mais a cobrança pode caus desequilíbrio nos contratos e colocar em risco a sustentabilidade dos mesmos. Destaca-se que qualquer tipo de limitação na cobrança de valores a título d mecanismos financeiros de regulação pode acarretar no aumento das mensalidades e consequentemente inviabilizar a participação de clientes com meno índice de utilização, o que pode impactar o mutualismo dos planos de assistência à saúde. Mecanismos financeiros de regulação, ajudam na utilização consciente do plano, permitindo um maior equilíbrio contratual, a cobrança de mensalidades menores e a sustentabilidade das operadoras. Sugere-se que e tema seja objeto de mais debates para verificação aprofundada de seus impactos na saúde suplementar. Alteração inciso II: Entende-se que estabelecer um valor fixo não superior ao custo dos procedimentos é suficiente para proteção dos consumidores. Desta se que este tipo de limitação na cobrança de valores a título de mecanismos financeiros de regulação pode acarretar no aumento das mensalidades e consequentemente inviabilizar a participação de clientes com menor índice de utilização, o que pode impactar o mutualismo dos planos de assistência à saú Mecanismos financeiros de regulação, ajudam na utilização consciente do plano, permitindo um maior equilíbrio contratual, a cobrança de mensalidades menores e a sustentabilidade das operadoras. Sugere-se que este tema seja objeto de mais debates para verificação aprofundada de seus impactos na saú suplementar.
304760	Desnecessária a obrigatoriedade de informar o valor da mensalidade do mês anterior (antes do reajuste), pois está disponível na fatura/boleto do mês anter
304760	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.
304760	A inclusão da PEONA no cálculo de reajuste por sinistralidade no primeiro ano de contrato é essencial para refletir de forma mais precisa o comportament econômico-financeiro do plano durante este período contratual. A PEONA representa os eventos já ocorridos, mas ainda não comunicados à operadora, ser um componente relevante das despesas assistenciais que, se ignorado, pode distorcer a sinistralidade real do plano, principalmente considerando que nos primeiros meses de contrato, as receitas serão identificadas de forma integral, o que não pode se afirmar a respeito dos custos, gerando, assim distorções cálculo da sinistralidade.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304760	2025-01-31 16:19:27	Operadora
304768	2025-01-31 16:21:19	Órgão de defesa do consumidor
304768	2025-01-31 16:21:19	Órgão de defesa do consumidor
304768	2025-01-31 16:21:19	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304760	- § 1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um profissional de saúde pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário. (Redação dada pela Resolução Normativa nº XX, de 20XX)	Exclusão
304768	- Art. 8º O contratante poderá exercer seu direito de arrependimento e rescindir o contrato unilateralmente no prazo de 7 (sete) dias de duração a partir da data de vigência do contrato. § 1º O formulário de rescisão por arrependimento deverá conter declaração do consumidor, com destaque, de ciência de que a rescisão sem ônus está condicionada à não u□lização do plano por ele ou seus dependentes, e que, em caso de uso, a operadora poderá cobrar o custeio dos procedimentos efetuados. § 2º O custeio dos procedimentos efetuados será até o limite do valor da multa rescisória prevista contratualmente.	Alteração
304768	- Art. 4º Durante o processo de contratação, anteriormente à sua finalização, as operadoras devem apresentar as informações inerentes ao contrato do plano de saúde, dentre as quais, destacam-se: I - nome comercial e nº de registro do plano na ANS; II - tipo de contratação e suas peculiaridades; III - segmentação assistencial do plano de saúde; IV - área geográfica de abrangência do plano de saúde; V - área de atuação do plano de saúde; VI - padrão de acomodação em internação; VII - formação do preço; VIII - serviços e coberturas adicionais; e IX - mecanismos de regulação da utilização dos serviços.	Inclusão
304768	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304760	
304768	Art 8º O contratante poderá exercer seu direito de arrependimento e rescindir o contrato unilateralmente no prazo de 7 (sete) dias a contar do início da cont eletrônica ou vigência do contrato.
304768	Art. 4º. (...) X -os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames; XI - aplicação de cobertura parcial temporária (CPT), Declaração de Saúde e indicação dos procedimentos com cobertura suspensa nos casos de CP XII - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias. XIII - as faixas etárias e os percentuais de reajuste XIV – regras de rescisão/ suspensão do contrato.
304768	§ 2º. Deverá ser mantida a venda presencial como opção ao consumidor.

Protocolo	Justificativa
304760	Considerando que a declaração de saúde [DS] é um instrumento para coletar informações sobre o atual estado de saúde do cliente; Considerando a necessidade da devida orientação sobre o preenchimento da Doença e lesão pré existente [DLP] para a aplicação da cobertura parcial temporária [CPT]; Considerando que o profissional médico é habilitado para identificar e interpretar a história de saúde do cliente e orientá-lo sobre o preenchimento da DLP r DS; Recomendamos a manutenção que a entrevista qualificada seja preenchida por um profissional médico e mantida a recomendação da RN vigente.
304768	O ajuste visa dar maior conformidade a redação dada pelo Artigo 49 do CDC uma vez que existem dois momentos diferenciados na contratação eletrônica saber, a vigência do contrato (definida no Art. 6º da RN 413/2016) e a data do início da contratação eletrônica (definida no § 3° do Art. 5º da RN 413/2016
304768	Salienta-se que cabe ao fornecedor o respeito ao disposto no CDC: garantia do direito básico de liberdade de escolha, igualdade nas contratações (art. 6.º I e o direito à informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços (Artigo 31). O CDC não preceitua que basta informar. A informação disponibilizada deverá garantir de forma prévia, clara e precisa o pleno entendimento das características, direitos e obrigações, bem como sobre os riscos inerentes a contratação.
304768	Justificativa: A inserção da obrigatoriedade de oferta do produto na modalidade online não deve ignorar a amplitude do perfil de usuários de serviços de saúde e distanciamento de parcela expressiva destes que não tem acesso e familiaridade com os recursos eletrônicos. Também não pode ser descartado o recurso de atendimento presencial e seu alcance no esclarecimento de dúvidas dos consumidores. Aqui o reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor perante o fornecedor e hipossuficiência potencializada pela assimetria de informações no mercado de saú suplementar ganha expressividade.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304768	2025-01-31 16:21:19	Órgão de defesa do consumidor
304768	2025-01-31 16:21:19	Órgão de defesa do consumidor
304768	2025-01-31 16:21:19	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304768	- Art. 5º Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou cole□vos, em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, contratados após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.	Inclusão
304768	- Art. 4º Durante o processo de contratação, anteriormente à sua finalização, as operadoras devem apresentar as informações inerentes ao contrato do plano de saúde, dentre as quais, destacam-se: I - nome comercial e nº de registro do plano na ANS; II - tipo de contratação e suas peculiaridades; III - segmentação assistencial do plano de saúde; IV - área geográfica de abrangência do plano de saúde; V - área de atuação do plano de saúde; VI - padrão de acomodação em internação; VII - formação do preço; VIII - serviços e coberturas adicionais; e IX - mecanismos de regulação da utilização dos serviços.	Alteração
304768	- Art. 9º Os planos da operadora ofertados para contratação eletrônica deverão ser ofertados também presencialmente por pelo menos 12 (doze) meses, a partir da vigência desta Resolução. Minuta de Norma - Venda online - RN 413/2016 alterada (31143600) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 § 1º Não se aplica a regra descrita no caput para os casos em que a operadora ofertar a contratação eletrônica para a totalidade dos planos de uma mesma segmentação assistencial prevista na Lei nº 9.656, de 1998. § 2º Excetua-se a regra do caput aos planos da segmentação odontológica.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304768	Inclusão § 5º ao Art. 5º da RN 558/2016 § 5º A ANS promoverá campanha permanente de instrução aos profissionais de saúde, por meio de seus respectivos órgãos representativos de classe, so ação de orientação de que trata o caput e § 1º .
304768	Proposta de alteração do caput e incisos do Artigo 4º caput e incisos da RN 413/2016 Art. 4º Na oferta de produtos para contratação online deverá ser disponibilizado ao consumidor, obrigatoriamente, de forma prévia a contratação, as inform inerentes ao contrato do plano de saúde, dentre as quais: II - Informação sobre o tipo de contratação do plano privado de assistência à saúde, conforme disposto no inciso VII do art. 16, da Lei 9.656 de 3 de junho de pelo art. 2º da Resolução Normativa nº 557, de 14 de dezembro de 2022; VIII – eventos cobertos e excluídos; IX - regras, percentuais e valores relativos aos mecanismos financeiros de regulação quando previstos em contrato (coparticipação e franquia)
304768	

Protocolo	Justificativa
304768	A ampliação da participação a profissionais de saúde deve estar atrelada a preocupação com a capacitação destes profissionais para orientação aos consumidores com destaque para as consequência e objetivo do correto preenchimento da Declaração de Saúde especialmente nos contratos individuais familiares. Também deve ser resguardado a segurança ao consumidor mediante validação do mecanismo.
304768	Salienta-se que cabe ao fornecedor o respeito ao disposto no CDC: garantia do direito básico de liberdade de escolha, igualdade nas contratações (art. 6.º I e o direito à informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços (Artigo 31). O CDC não preceitua que basta informar. A informação disponibilizada deverá garantir de forma prévia, clara e precisa o pleno entendimento das características, direitos e obrigações, bem como sobre os riscos inerentes a contratação.
304768	Exclusão do parágrafo 1º do art. 9º A inserção da obrigatoriedade de oferta do produto na modalidade online não deve ignorar a amplitude do perfil de usuários de serviços de saúde e distanciamento de parcela expressiva destes que não tem acesso e familiaridade com os recursos eletrônicos. Também não pode ser descartado o recurso de atendimento presencial e seu alcance no esclarecimento de dúvidas dos consumidores. Aqui o reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor perante o fornecedor e hipossuficiência potencializada pela assimetria de informações no mercado de saú suplementar ganha expressividade

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304768	2025-01-31 16:21:19	Órgão de defesa do consumidor
304768	2025-01-31 16:21:19	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304768	- Art. 4º Durante o processo de contratação, anteriormente à sua finalização, as operadoras devem apresentar as informações inerentes ao contrato do plano de saúde, dentre as quais, destacam-se: I - nome comercial e nº de registro do plano na ANS; II - tipo de contratação e suas peculiaridades; III - segmentação assistencial do plano de saúde; IV - área geográfica de abrangência do plano de saúde; V - área de atuação do plano de saúde; VI - padrão de acomodação em internação; VII - formação do preço; VIII - serviços e coberturas adicionais; e IX - mecanismos de regulação da utilização dos serviços.	Inclusão
304768	- Art. 9º Os planos da operadora ofertados para contratação eletrônica deverão ser ofertados também presencialmente por pelo menos 12 (doze) meses, a partir da vigência desta Resolução. Minuta de Norma - Venda online - RN 413/2016 alterada (31143600) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 § 1º Não se aplica a regra descrita no caput para os casos em que a operadora ofertar a contratação eletrônica para a totalidade dos planos de uma mesma segmentação assistencial prevista na Lei nº 9.656, de 1998. § 2º Excetua-se a regra do caput aos planos da segmentação odontológica.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304768	Inclusão do parágrafo 3º ao Artiigo 4° na RN 413/2016 § 3º As informações inerentes ao contrato do plano de saúde destacadas no caput deste artigo deverão, obrigatoriamente, ser disponibilizada de forma a pe consumidor a análise dos produtos selecionados por meio de quadro comparativo.
304768	

Protocolo	Justificativa
304768	Considerando o direito básico do consumidor à informação correta, clara, adequada e ostensiva (art. 31, caput e art. 6°, III, do CDC), e o direito de livre esco é necessária a garantia de que o consumidor tenha acesso a todo o portfólio de produtos ativos disponibilizados pela Operadora para que possa comparanc de forma objetiva, as principais características dos produtos disponibilizados.
304768	A inserção da obrigatoriedade de oferta do produto na modalidade online não deve ignorar a amplitude do perfil de usuários de serviços de saúde e distanciamento de parcela expressiva destes que não tem acesso e familiaridade com os recursos eletrônicos. Também não pode ser descartado o recurso de atendimento presencial e seu alcance no esclarecimento de dúvidas dos consumidores. Aqui o reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor perante o fornecedor e hipossuficiência potencializada pela assimetria de informações no mercado de saú suplementar ganha expressividade

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304776	2025-01-31 17:04:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304776	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304776	

Protocolo	Justificativa
304776	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além da necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar?condicionado ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304773	2025-01-31 17:05:35	Operadora
304773	2025-01-31 17:05:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304773	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304773	- Art. 32 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304773	
304773	"Art. 32 (...) § 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagam beneficiário."

Protocolo	Justificativa
304773	"Conforme AIR do tema elaborado pela ANS “(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimento específicos.” Essa afirmativa é relevante uma vez que, embora a coparticipação seja instituto amplamente utilizado em diversos países, não se identifica uma lista de isenção, o que corrobora o entendimento de que a cobrança de coparticipação, mesmo em procedimentos considerados necessários, não descaracteriza o conceito de risco moral. Além disso, no caso brasileiro, é bastante comum planos empresariais no qual o empregador arca com o valor da mensalidade e o empregado com a coparticipação, quando da utilização, não tendo esse caso a limitação ao conceito de risco moral e sim de copagamento. Ademais, embora o AIR tenha mencionado não ter realizado estudo atual sobre o tema e aproveitado o material do Anexo da RN 433, trouxe um formato diverso daquele, combinando com a TUSS, inclusive com procedimentos sequer previstos no rol de procedimentos. Se o procedimento não está no rol por si já é um grande indicativo de que não haveria razões para não exigir coparticipação, podendo até mesmo definir a cobrança da integralidade do procedimento (nos termos da ressalva assegurada pelo art.1°, parágrafo único da Resolução Normativa n° 484, de 2022): “Art. 1º Fica vedada às operadoras de planos de assistência à saúde a operação de sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serem pagos diretamente pelo consumidor ao prestador dos serviços, bem como a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998. Parágrafo único. Não está incluído, na proibição de que trata este artigo, o oferecimento de serviços complementares aos planos definidos na Lei nº 9.656, de 1998, desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.” Lado outro, O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS define a cobertura mínima obrigatória a ser assegurada nos planos de saúde regulamentados. Nesse sentido, qualquer procedimento previsto no Rol tem a mesma obrigatoriedade de cobertura dos demais, de forma que essas coberturas não são estabelecidas mediante juízo de valor referente à priorização, necessidade, hierarquia ou privilégio de um procedimento frente a outro. Não se apresenta razoável, por conseguinte, criar um critério de diferenciação entre os procedimentos previstos no Rol, apenas com o fim de delimitar aqueles que podem ou não estar sujeitos a incidência de fator financeiro de regulação. A Sinog está ciente que na tabela da CP não há procedimento odontológico atualmente. Porém por se tratar de CP e que possa vir a ser proposto inclusão itens odontológicos, já registra a discordância sobre a existência de tabela de isenção predefinida."
304773	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade do mês anterior pode confundir o beneficiário, por poder estar composta de juros, multa coparticipação, dentre outros aspectos sequer de conhecimento da operadora, como ocorre no caso de mensalidades cobradas sobre percentual de salário descontados diretamente pelo empregador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304773	2025-01-31 17:05:35	Operadora
304773	2025-01-31 17:05:35	Operadora
304773	2025-01-31 17:05:35	Operadora
304773	2025-01-31 17:05:35	Operadora
304773	2025-01-31 17:05:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304773	- Art. 27 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração
304773	- § 7º O limite previsto no § 2º deste ar□go não se aplica aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento.	Alteração
304773	- Art. 23 da RN ANS nº 557, de 2022:	Exclusão
304773	- § 1º A copar□cipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.	Inclusão
304773	- Art. 33 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304773	"Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste: I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em c que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da c terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à da de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade será apurada tomando por base a proporção entre as de assistenciais líquidas de coparticipação e as receitas de contraprestações deduzidas dos tributos diretos, verificados no período de meses vigentes do contra mês de apuração do reajuste definido no inciso I-b deste artigo."
304773	§ 7º O limite previsto no § 2º deste artigo não se aplica aos planos de segmentação odontológica.
304773	
304773	§1º-A Nos planos exclusivamente odontológicos, a incidência da coparticipação pode ocorrer desde a autorização para realização do procedimento demar
304773	Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as cober adicionais contratadas em separado, multa e juros.

Protocolo	Justificativa
304773	"1) Quanto ao índice de sinistralidade, tendo em vista que não existe a nomenclatura receita direta do plano nos demonstrativos contábeis e, para não gera dúvidas sobre a forma de apuração da sinistralidade, sugere-se com esse novo texto melhor detalhar quais são as despesas assistenciais a serem verificad e as receitas de contraprestações com a devida dedução do imposto direto (que atualmente tem previsão no plano de contas da ANS, conta 32). 2) Sobre a acumulação de índice, propôs a exclusão em razão de: Quando da apuração da necessidade de aplicação de um reajuste na mensalidade de um determinado plano, espera-se que ele seja suficiente para equilibr a situação econômico-financeira para os 12 meses futuros. Quando da vedação da aplicação de reajuste por sinistralidade conjugada com um reajuste financeiro (índice de preço), não está levando em consideração a necessidade de um ajuste para estabelecer o equilíbrio futuro daquele contrato. Melhor explicando, quando da apuração de um reajuste por sinistralidade, estima-se que o perfil de utilização dos beneficiários, observados nos últimos 12 meses, se manterá nos próximos 12 meses, ou seja, estima-se um mesmo padrão de frequência de utilização e custo médio dos procedimentos. Entretanto não inclusão de um índice de preço para prever a inflação nos próximos 12 meses irá ocasionar um reajuste insuficiente ao necessário para cobrir as despes futuras, pois minimamente espera-se que ocorra um aumento na tabela de remuneração dos prestadores de serviços por um índice de preços, o qual está previsto nos contratos entre prestadores e operadoras."
304773	As disposições previstas na Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamen odontológico em regime misto de pagamento, fundamentam a não incidência de limites para os planos odontológicos, sendo portanto a justificativa para a isenção da regra para os planos odontológicos. Porém, retirar essa justificativa da redação, a torna mais clara.
304773	A Lei 9656 apenas estabeleceu regras restritivas de rescisão em caso de planos individuais, em reconhecimento ao fato de que, em um contrato coletivo, de se privilegiar a autonomia da vontade das partes. O avanço da ANS para regular condições de rescisão em planos coletivos, portanto, distorce essa lógica Além disso, a possibilidade de rescisão a qualquer tempo possibilita evitar a permanência de contratos inviáveis, cuja manutenção pode comprometer toda carteira em determinados contextos. Por fim, a ANS tem cuidado de aumentar a regulação sobre esses tipos de contratos, o que garante equidade das condições, a exemplo das proposições em torno dos reajustes.
304773	Em regra, os tratamentos odontológicos têm prazos mais longos dos que os tratamentos médicos, o que resulta, durante esses tratamentos, uma maior rotatividade dos beneficiários em razão de cancelamentos de planos, dispensa de empregados, entre outros. Nesse sentido, sugere-se que na definição d coparticipação, para os produtos exclusivamente odontológicos, que seja definida a possibilidade facultativa de incidência do valor do respectivo fator moderador, tanto quando da autorização que vier a ser dada para os procedimentos, quanto após a realização dos tratamentos odontológicos. Conforme relatório do AIR, há países em que a coparticipação é cobrada antes da realização do procedimento.
304773	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade cobrada no boleto sem detalhamento de taxa permite o cruzamento de dados pelo fisc para que possa verificar os valores reportados na DMED são compatíveis com as mensalidades (e taxas) cobradas do usuário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304773	2025-01-31 17:05:35	Operadora
304773	2025-01-31 17:05:35	Operadora
304773	2025-01-31 17:05:35	Operadora
304773	2025-01-31 17:05:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304773	- § 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão copar□cipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.	Exclusão
304773	- Art. 2º da RN nº 413, de 2016	Alteração
304773	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Exclusão
304773	- Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - franquia dedu□vel acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja a□ngido o valor previsto no contrato Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 5 como franquia; e II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, n	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304773	
304773	É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
304773	
304773	Art. 10-A A fixação de franquia limitada por acesso, não impede a fixação de coparticipação, desde que relativo a procedimentos ou tipo de rede distinto observados os limites impostos neste normativo.

Protocolo	Justificativa
304773	"Há necessidade do beneficiário ter acesso às informações sobre os procedimentos que terão coparticipação, porém listá-los individualmente no contrato apenas tornará o documento volumoso, sem benefício ou facilidade de consulta. Além disso, dado que há revisão do rol frequentemente, com incorporação automática nos produtos, a listagem dentro do contrato torna-se obsoleta em pou tempo após a sua celebração, assim, o que seria transparência, acaba não servindo para consulta no dia a dia, além de poder gerar interpretações equivocadas pelo beneficiário/judiciário, tendo em vista que existem alguns procedimentos que possuem o mesmo código TUSS, mas que com uma diretriz coberta pelo rol de procedimentos e por outra diretriz não possui cobertura."
304773	"Manter a redação original: “É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.” Ofertar planos de saúde em plataforma digital possui impactos financeiros diretos que não foram apurados no AIR (criação, desenvolvimento, manutenção plataforma e sistemas), além de impactos operacionais na revisão de fluxos e integração com os parceiros que comercializam esses tipos de produtos. Essa situação é ainda mais gravosa quando não se verifica avaliação por porte, classificação e tipo de atenção, pois certamente os problemas regulatórios s diferentes. A título exemplificativo, o AIR disponível no site sobre o tema vincula a obrigatoriedade da oferta online ao combate à seleção de risco. Ocorre q na modalidade de planos odontológicos, por exemplo, não há queixas de seleção de risco e tampouco ausência de ofertas de planos individuais. Do mesm modo, as entidades de autogestão concentram o maior número de idosos, também não parecendo fazer sentido falar de seleção de risco. Portanto, sem o avanço do AIR dentro dos parâmetros definidos na RN 548 (porte, classificação e tipos de atenção), sugere-se manter a redação atual no qual é facultativa oferta da venda on-line."
304773	"Não há um índice único negociado com os prestadores que permita a adoção dessa regra. Lado outro, este normativo já dispõe no inciso IV, do art. 6º, que critérios de reajuste dos mecanismos financeiros devem estar previstos no contrato do plano, deixando claro se tratar de uma condição comercial que dev ficar a cargo das Operadoras estabelecerem as regras deste reajuste, o que conflita com esta disposição. As operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociação junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índice global de aplicação. Além disso, a coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusive, essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidade mais acessíveis, o que hoje é admitido na regulamentação, inclusive com previsão no RPC. Dessa forma, limitar o reajuste da coparticipação ao índice aplicado junto aos prestadores de serviço, principalmente nas negociações de contratos coletivo com empregadores, irá trazer um impacto negativo para o reajuste dos beneficiários pelos fatos mencionados anteriormente."
304773	Respeitar as realidades já existentes no mercado de planos que utilizam concomitantemente os dois fatores de moderação, ainda que adequados ao novo formato regulado.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304773	2025-01-31 17:05:35	Operadora
304773	2025-01-31 17:05:35	Operadora
304773	2025-01-31 17:05:35	Operadora
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304773	- § 5º O reajuste previsto no parágrafo anterior deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses e não poderá ser aplicado quando inexis□r previsão contratual em relação aos seus critérios de aferição e aplicação.	Alteração
304773	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Alteração
304773	- § 6º É vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços de saúde dos valores devidos a □tulo de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado sempre à operadora de plano privado de assistência à saúde, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual. § 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respec□vo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato. § 8º Na modalidade de franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go, somente incidirá o limite de exposição	Exclusão
304775	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Alteração
304775	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
304775	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304773	§ 5º O reajuste dos mecanismos financeiros de regulação deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses.
304773	"§ 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica; II - (...)"
304773	
304775	§ 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última. O presente não se aplica aos planos de assistencia à saúde com previsão de copartipação apenas na segmentação ambulatorial, que permanece devida.
304775	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada (direta e indireta), referenciada ou cooperada.
304775	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento de contratos, para o cálculo do percentual de reajuste, que será aplicado, conforme o seu porte, na proporção abaixo: I - Operadora de Pequeno Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 30 vidas; II – Operadora de Médio Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 60 vidas; III – Operadora de Grande Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 100 vidas;

Protocolo	Justificativa
304773	"Manutenção da previsão do reajuste a cada 12 meses, entretanto, sem a necessidade de indicação dos critérios para aferição, tendo em vista, que as operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociaç junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índ global de aplicação. A coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusi essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidades mais acessíveis. Dessa forma, a definição de um critério único impossibilitará da realização de negociações entre as partes em períodos específicos."
304773	As disposições previstas na Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamen odontológico em regime misto de pagamento, fundamentam a não incidência de limites para os planos odontológicos, sendo portanto a justificativa para a isenção da regra para os planos odontológicos. Porém, retirar essa justificativa da redação, a torna mais clara.
304773	"O impedimento de pagamento da franquia diretamente ao prestador pelo beneficiário, irá agravar de sobremaneira o risco de crédito desses contratos, sen que hoje já existe a previsão de o beneficiário poder realizar o pagamento diretamente ao prestador de serviço nos termos da Consu nº 8/98, sem problema relatados nessa operação. O glossário da saúde suplementar, inclusive até o ano de 2012, previa expressamente que a franquia sempre era paga ao prestador, o que foi excluído na revisões posteriores, porém sem mudança de conteúdo, uma vez que continua a previsão da Consu nº 8/98, e na proposta desta CP a não responsabilidade operadora por este pagamento. Ou seja, quando a operadora não é responsável não cabe a ela transitar o recurso financeiro, pois isso gera risco de crédito não é habitual nas atividades securitárias, quando se menciona não haver responsabilidade. Portanto, essa alteração traz mudança em um conceito internacionalmente conhecido, causando impacto negativo em quem lida com atividade securitária passará a ter dois conceitos para um mesmo instituto."
304775	Há contratos que tem previsão do mecanismo financeiro de regulação apenas para segmentação ambulatorial.
304775	Os valores praticados na rede indireta, via intercâmbio ou contrato de reciprocidade, não são os mesmos praticados pela operadora na sua rede direta, sen relevante que haja previsão de que estes valores integrem a tabela de referência de coparticipação.
304775	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304775	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304775	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304775	Parágrafo Único. As Operadoras que pretendem aprovação da revisão técnica estabelecida pela ANS estão obrigadas a oferecer a contratação eletrônica de de contratação individual ou familiar.
304775	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantida beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se a soma do r de beneficiários das contratantes for maior que o limite para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304775	Obrigar a contratação eletrônica é um risco a fraude e não resolverá a déficit da carteira do plano individual ou familiar. Obrigar a contratação eletrônica do plano coletivo por adesão por entidades sujeitas ao artigo 15 da RN 557 por meio de venda online para este público também estimulará as fraudes. Da mesma forma ocorrerá na contratação do plano coletivo empresarial por empresário individual sujeito ao artigo 9 da RN 557, que, na qualidade de PJ possui elegibilidade para contratação do plano coletivo, mas é dotado de privilégios de uma pessoa física. Ambas são contratações que requerem cuidado extra, análise de elegebilidade e legalidade, inviabilizando a contratação no processo online, pois a adesão dos beneficiários ao plano contratado dependerá da análise de elegibilidade da Contratante e aprovação pela Operadora. Nenhum beneficiário pode aderir ao contrato, cuja a pessoa jurídica não tenha sido aprovada previamente pela operadora nos termos exigidos pela ANS na RN 557. Os atuais critérios estabelecidos na RN 413 não são condizentes com a contratação de plano coletivo. Mesmo que ocorram ajustes, a ANS vai imputar novos custos para a Operadora para manter e disponibilizar uma estrutura pa realização de entrevista qualificada presencial e aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Se mantida como obrigatória a venda do plano individual/familiar online, há necessidade da ANS conceder um prazo de 18 meses para que as Operadoras definam os ajustes necessários e contratação de uma solução tecnológica que atenda a norma. O art. 19 necessitará de alteração: “Art. 19. As alterações d referida norma entram em vigor 18 meses após a data de sua publicação”.
304775	Considerando que a negociação, contratação do plano parte de um preço único previamente acordado entre a Operadora de planos de saúde e administrad de benefício, não faz sentido para as contratantes, a depender da soma do seu número de beneficiários, receberem um reajuste diferente. Isso importará e diferentes tabelas de preços para adesão de novos beneficiários, bem como novas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304775	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
304775	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304775	I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, contado a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúd pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e
304775	Art. 13. Contratos celebrados antes da vigência desta norma permanecem inalterados. A mudança para as novas regras de Mecanismos Financeiros de Re será possível a pedido do CONTRATANTE, mediante a celebração de um novo contrato, podendo utilizar-se de regras legais como: portabilidade de carên mudança de plano.

Protocolo	Justificativa
304775	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operado atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pa a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” O parâmetro adotado pelo STJ atende a pretensão da ANS de dar transparência e previsibilidade. Contudo, é sabido por todos a insustentabilidade econôm financeira derivada do incremento do custo para atendimento de determinadas terapias. Assim, ainda que seja necessário garantir a transparência para o beneficiário e algum limite de comprometimento econômico para ele, remanesce o problema do alto custo novo para as Operadoras sem contrapartida. Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade do grupo familiar como um to de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior do que o dobro do valor já pago pelo responsável financeiro pelo contrato. A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e cobrança do valor d coparticipação do beneficiários. Em síntese: a proposta atende ao interesse de consumidores, mantém-se em sintonia com a posição do Poder Judiciário e concede para as Operadoras alg limite razoável.
304775	Considerando que a adequação às regras desta norma requer várias alterações que impactam no processo operacional da operadora e a administração d contratos com vigências diversas e regras distintas, vai ser exigido um grande esforço da operadora na adequação dos seus sistemas de gestão. O ideal pa operacionalização é ter uma data de corte: planos celebrados a partir da vigência da norma observam a nova regra. Assim o contratante, interessado em adequar o seu contrato às novas regras tem o direito de celebrar uma nova contratação, sem carências e análise de DLP nos termos da legislação vigente E consequente exclusão do parágrafo único devido: Não se trata apenas da adequação da cláusula Mecanismos Financeiros de Regulação, mas outras alterações e impactos no contrato vigente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304775	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304775	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
304775	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304775	
304775	
304775	IV – Excepcionalmente no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as de assistenciais, acrescida da variação da PEONA e das receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apura reajuste;

Protocolo	Justificativa
304775	EXCLUSÃO DO ITEM I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação d suas atividades; Quando a operadora estiver em risco de solvência por desenquilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameça confirmada que envolve toda carteria da operadora. A revisão técnica deve funcionar de forma preventiva para evitar a insolvência, assim o pedido de revisão técnica apenas da carteira como um to perde o sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. A avaliação desequilíbrio do plano individual ou familiar é relevante para previnir a insolvência e fomentar a sua comercialização.
304775	Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionária da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais.
304775	No primeiro ano os contratos tem o maior impacto da constituição da PEONA, por isso a operadora sugere a alteração no inciso IV.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304775	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304775	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
304775	A respeito das limitações sobre as coparticipações, destacamos os seguintes impactos: ACESSIBILIDADE: Atualmente, a existência de fator moderador torna o plano de saúde mais acessível, pois a mensalidade fixa mensal tende a ser menor. sua presença, assim, funciona como facilitador de acesso a novos beneficiários em razão do efeito de restringir o comprometimento financeiro fixo mensal p os mesmos: menor mensalidade. FATOR DE CONTENÇÃO DE CUSTOS: O fator moderador é utilizado como instrumento de negociação para reduzir a aplicação dos percentuais de reajus resultando assim em ganho direto aos beneficiários. UTILIZAÇÃO INDEVIDA, MAIS DESPERDÍCIOS, MENOS AUDITORIA: Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efe contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funcio como verdaderio auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavaras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança, c impacto extremamente reduzido. BENEFICIÁRIOS DE BAIXA UTILIZAÇÃO x POLÍTICA DE SUBSÍDIO: Se implementada na forma pretendida o efeito será muito forte para os beneficiário que não utilizam com frequênica o plano: terão suas mensalidades agravadas para sustentar os limites impostos e atenuar os maiores utilizadores, gerand efeito nocivo ao mercado. As empresas contratantes (que são as grandes subsididoras das mensalidades dos planos de saúde e já estão tendo dificuldades suportar o impacto do aumento dos reajustes em razão das ampliações consecutivas do Rol de Procedimentos) serão fortemente impactadas com essa mudança. Tenderão as empresas a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o potencial mercad consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será aumento dos custos fixos e redução c população coberta, agravando ainda mais os déficit no sistema público de saúde. Assim, entendemos que os benefícios atuais da coparticipação são muito maiores, que as pequenas distorções que eventualmente existem: o que está possibilitando a atual ampliação da base de clientes no sistema é justamente as mensalidades mais competitivas, que necessitam da participação ativa do seus beneficiários, em especial com o instrumento da coparticipação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304775	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
304775	- § 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I do caput deste ar□go será aferido proporcionalmente, mul□plicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Exclusão
304775	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304775	II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 100% (cem por centro) do valor da contraprest pecuniária base mensal da soma das mensalidades devidas pelo grupo familiar.
304775	
304775	

Protocolo	Justificativa
304775	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo grupo familiar, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operador atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operasse o fato gerador da obrigação de pagar a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário.
304775	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação do beneficiários.
304775	Solicitamos a exclusão da lista de isenções proposta, considerando os significativos impactos econômico-financeiros que ela pode gerar para as Operadora de Planos de Saúde. No caso das Cooperativas Médicas Unimeds de Santa Catarina, projeta-se um aumento substancial no custo líquido, decorrente da lis de isenções sugerida pela CP 145. Esse impacto será um aumento de 2,47% no custo líquido total das Operadoras, o que equivale a R$ 96,1 milhões, mais 40% do resultado líquido acumulado pelas Operadoras de Santa Catarina de janeiro/24 a setembro/24. A recomendação anual de consultas médicas divulgada pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002 é de três consultas médicas ao ar ou seja, estão sendo propostas isenções superiores ao que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. Estimamos que apenas as isenções de coparticipação propostas na Consulta Pública nº 145, aumentará o preço dos nossos planos atualmente vendidos e quase 10%, sem considerar os percentuais de redução e limites financeiros de exposição ainda propostos na referida consulta pública. Destacamos a preocupação com a manutenção da lista de isenções, que, à medida que for atualizada, poderá gerar impactos ainda mais expressivos para operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor. Em síntese, a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação inegavelmente trará incremento de custos redistribuídos para aqueles que não são os usuários diretamente envolvidos no atendimento assistencial em questão. Os reflexos negativos são diversos com risco de desequilíbrio derivado da benes

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304775	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
304775	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304775	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Alteração
304775	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
304775	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
304775	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304775	Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empres devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
304775	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos além dos referidos nos incisos acima, desde que esta expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.
304775	§ 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal, bem como data de execução do procedimento nos últ meses.
304775	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e
304775	Art. 2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
304775	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor 18 (dezoito) meses após a sua publicação.

Protocolo	Justificativa
304775	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Acrescentemos, por fim, que a previsão do prazo de 60 dias como está no parágrafo é inviável na prática: as negociações para o reajuste precisam basear- em um histórico da sinistralidade e demandam reuniões e avaliações do contratante e da Operadora, diversas.
304775	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.
304775	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor coparticipação do beneficiários.
304775	O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores.
304775	Apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparentar-ser forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contrataçã esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve s tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operação é maior. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos de fraude na toada do qu vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital como fator importante; contudo, a sua adoção deve se dar de forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente o Princípio Constitucior da Livre Iniciativa.
304775	As mudanças apresentadas pela norma impactam nos processos operacionais da operadora, exigem várias parametrizações e controles que precisam se desenvolvidos, testados e só depois implementados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304775	2025-01-31 17:42:05	Operadora
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304775	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
304778	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304775	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamen contratos terá limite de meta por porte da operadora: a) 75% Operadora de Grande Porte b) 72% Operadora de Médio Porte c) 70% Operadora de Pequeno porte
304778	

Protocolo	Justificativa
304775	o ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesa não assistenciais nestas operadoras são maiores. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Esclarecemos q os parâmetros aqui sugeridos presumem a manutenção dos índices de correção inflacionário e de sinistralidade separadamente como apontamos na sugest de exclusão do inciso V do artigo 7º .
304778	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304778	

Protocolo	Justificativa
304778	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto?socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304778	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão ser atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos dos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.

Protocolo	Justificativa
304778	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos deve prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304778	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação

Protocolo	Justificativa
304778	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304778	

Protocolo	Justificativa
304778	Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca -se ainda que , o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304778	

Protocolo	Justificativa
304778	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operadora faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304778	

Protocolo	Justificativa
304778	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304778	

Protocolo	Justificativa
304778	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de devendo ser aplicado da seguinte forma: coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora . De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
304778	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304778	
304778	

Protocolo	Justificativa
304778	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.
304778	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
304778	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304778	
304778	

Protocolo	Justificativa
304778	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma
304778	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304778	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;

Protocolo	Justificativa
304778	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão
304778	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304778	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta não comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços
304778	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
304778	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.
304778	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assertiva é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tipo de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304778	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados.

Protocolo	Justificativa
304778	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto?socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304778	

Protocolo	Justificativa
304778	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304778	

Protocolo	Justificativa
304778	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contratos em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304778	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, entre outros insumos inerentes.

Protocolo	Justificativa
304778	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304778	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados.

Protocolo	Justificativa
304778	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto?socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304778	2025-01-31 17:44:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304778	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304778	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%

Protocolo	Justificativa
304778	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304782	2025-01-31 18:02:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304782	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304782	

Protocolo	Justificativa
304782	No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saúde nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limitará a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve -se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304782	2025-01-31 18:02:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304782	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304782	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR

Protocolo	Justificativa
304782	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representam apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304782	2025-01-31 18:02:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304782	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304782	

Protocolo	Justificativa
304782	Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além de promover uma indexação do seto r . Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberdade econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima de 25%, sendo 85% de pequeno porte, 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304782	2025-01-31 18:02:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304782	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304782	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Protocolo	Justificativa
304782	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 421 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada por falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúde coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. A liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304782	2025-01-31 18:02:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304782	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304782	

Protocolo	Justificativa
304782	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica a livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade de existência da administradora de benefícios.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304782	2025-01-31 18:02:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304782	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304782	

Protocolo	Justificativa
304782	Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico - financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico - financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304782	2025-01-31 18:02:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304782	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304782	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento

Protocolo	Justificativa
304782	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304782	2025-01-31 18:02:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304782	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304782	

Protocolo	Justificativa
304782	No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saúde nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limitará a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve -se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304782	2025-01-31 18:02:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304782	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304782	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade definido de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze meses consecutivos;

Protocolo	Justificativa
304782	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico?financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304782	2025-01-31 18:02:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304782	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304782	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais e por adesão com menos de cem vidas. § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304782	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento. 98% dos contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304785	2025-01-31 18:12:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304785	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304785	

Protocolo	Justificativa
304785	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304785	2025-01-31 18:12:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304785	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304785	

Protocolo	Justificativa
304785	Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, por meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formação inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. Há um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, região com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304785	2025-01-31 18:12:44	Operadora
304785	2025-01-31 18:12:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304785	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
304785	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304785	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução
304785	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Protocolo	Justificativa
304785	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente de uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria do cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere?se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde
304785	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar que é de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estudos elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais breve possível.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304785	2025-01-31 18:12:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304785	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304785	

Protocolo	Justificativa
304785	Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído o inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver em risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisão técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/24, muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304785	2025-01-31 18:12:44	Operadora
304785	2025-01-31 18:12:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304785	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304785	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304785	
304785	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa.

Protocolo	Justificativa
304785	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica
304785	Necessário incluir todos os planos não regulamentados, devido à defasagem que eles apresentam atualmente, gerando grandes prejuízos e vultuoso resultado negativo, que podem ocasionar a quebra da operadora, especialmente aquelas que possuam uma carteira considerável de planos não regulamentados. Apenas para citar um exemplo, dentre de tantos outros, a Unimed Sergipe possui mais de 60% da carteira nessa situação e esse é só um caso em que se não houver a possibilidade de revisão técnica, com a ocorrência do financiamento dos planos coletivos, a longo prazo certamente não será sustentável.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304785	2025-01-31 18:12:44	Operadora
304785	2025-01-31 18:12:44	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304785	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração
304785	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304743	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304785	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tendo como referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.
304785	
304743	

Protocolo	Justificativa
304785	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere?se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráter técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.
304785	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo levar a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.
304743	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pag pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão
304743	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304743	
304743	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colo entre outros insumos inerentes.

Protocolo	Justificativa
304743	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade d existência da administradora de benefícios.
304743	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304743	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais inc coparticipação.

Protocolo	Justificativa
304743	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade d agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência d

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração
304743	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304743	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perc sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.
304743	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Protocolo	Justificativa
304743	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica, a partir do 31º dia, portanto, proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois nã
304743	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
304743	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
304743	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304743	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz
304743	
304743	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.

Protocolo	Justificativa
304743	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No cas de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
304743	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valo excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.
304743	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuari de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de um carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304743	

Protocolo	Justificativa
304743	a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser utilizado índice de preço; Justificativa: No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais d setor de saúde nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere o subíndices, limitará a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajus baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304743	

Protocolo	Justificativa
304743	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final d atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvênc de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo tamanha a quantidade de isenções. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade d agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderã permanecer no plano.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
304743	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304743	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados.
304743	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
304743	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
304743	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304743	

Protocolo	Justificativa
304743	II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestaçã pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário. Justificativa: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo e valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia se superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos” Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte do custo que ultrapassar o limi de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderã permanecer no plano.. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde.. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ain pode ser cobrado antes que o limite de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304743	

Protocolo	Justificativa
304743	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar condicionado ou qualquer produto Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive co criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresariais por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-se que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência de forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultand ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto deve continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligadas com fraudes e prejuízo financeiros.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
304743	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304743	
304743	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;

Protocolo	Justificativa
304743	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 20 composta por mais de 874 mil beneficiários com contratos em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/an Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a proposta vai contra o risco moral exposto pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação de perda). Da mesma forma, sobre a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando o impacto de todas as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕE, ao comparar resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positivo de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Estima-se que a sinistralidade aumente em 7,5 pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verificasse que a manutenção da regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilizaçã dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades em 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o
304743	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,6(no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304743	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo;

Protocolo	Justificativa
304743	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representam apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados e reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304743	

Protocolo	Justificativa
304743	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contra podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e ma capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimento, o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização d sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúd ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acesso a esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento en pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304743	

Protocolo	Justificativa
304743	III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Justificativa: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas e um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, n sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
304743	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304743	
304743	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Protocolo	Justificativa
304743	I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor corresponde a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; Justificativa: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo e valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SE CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para as operadoras dev à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações da coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por
304743	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304743	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304743	
304743	

Protocolo	Justificativa
304743	I- a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; Justificativa: Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma anális distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve s excluído o inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operad estiver em risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisão técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observado entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serã enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/24, muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemente superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivos acabam subsidian os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência), a sinistralidade tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão ma elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhum dos períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre e decorrência do financiamento dos planos coletivos.
304743	III - os limites de exposição financeira; Justificativa: A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criaçã de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleç percentual por procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304743	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat

Protocolo	Justificativa
304743	É fundamental que o Instrumento de Revisão Técnica também considere os “planos não regulamentados”. É sabido pelo Órgão Regulador que muitas Operadoras de Planos de Saúde ainda gerenciam o risco de subscrição de mútuos com tais características, desbravando desafios como a insuficiência de receita de contraprestação, o envelhecimento populacional d massa segurada e o consequente aumento dos custos assistenciais. Este cenário implica na sobreposição das despesas assistenciais em face das receitas percebidas, gerando prejuízos econômicos significativos e resultando na necessidade de subsídios cruzados entre planos regulamentados para manutenção de planos antigos. Ato contínuo, para ilustrar essa realidade, a Cooperativa Médica Unimed Sergipe possui aproximadamente 64% da sua carteira composta por planos individuais e/ou familiares. Dentro desse universo populacional, 4,5 pontos percentuais (cerca de 3.800 vidas) correspondem a Planos não Regulamentado cuja idade média é de 56 anos. Além disso, 51% dessas vidas estão na última faixa etária regulamentar (59 anos ou mais). Por fim, se o Instrumento de Revisão Técnica não contemplar essa realidade mutualística, operadoras como a Unimed Sergipe — e tantas outras que atend populações com esse perfil de risco — continuarão enfrentando altos índices de sinistralidade; sem um reajuste técnico adequado, a sustentabilidade atuarial dessas carteiras permanecerá comprometida, impactando diretamente a qualidade e continuidade do atendimento desta população e a geração de resultados positivos de planos regulamentados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304743	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze meses consecutivos;

Protocolo	Justificativa
304743	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionár da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômi financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relaçõ assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração do índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pelas operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálculo utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entrada para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços por contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento do agrupamento e d limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar um aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala que os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução de número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde pública e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304743	

Protocolo	Justificativa
304743	V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III) Justificativa: Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreens por todos que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da per do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, c reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre os custos com a assistência médica e as receitas provenientes das mensalidad O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operadoras ajustarem os valores cobrados dos beneficiários de acordo com as alteraçõe de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por sua vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com a inflação, cumprindo o princípio atuarial da “preservação do poder aquisitivo tempo (valor monetário)”. Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizações no Rol de Procedimentos e a introdução de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolherem entre ajustar os preços com base na inflação geral ou cor base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. Ao se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessár correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índice de preços para o período seguinte, perpetuar um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304743	

Protocolo	Justificativa
304743	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamen de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento).” (NR) Justificativa: Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além de promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberda econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima de 25%, sendo 85% de pequeno porte 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero ou negativo com a sinistralidade meta d 75%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado no ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesa não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. Este patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) onde a sinistralidade meta corresponde a (1 – C), senc “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cada operadora, e não o contrário. Além disso, ess meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabelecidas na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistencial diferente uma da outra. Deste modo, não deve ser previamente estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de uma sinistralidade meta mínin não se justifica. Tal medida limitaria a liberdade econômica das operadoras, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração
304743	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304743	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
304743	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a s considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304743	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúd coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora, e nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência que a ANS não deveria interferir. Em casos excepciona como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratante, ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato p parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo de 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez q a operadora terá que esperar dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando a liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situaçõe de alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.
304743	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risc não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração
304743	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
304743	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão
304743	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304743	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas. § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento.
304743	
304743	
304743	

Protocolo	Justificativa
304743	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% dos contratos coletivos possuem entre 0 e 1(vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiário sem contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados e reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
304743	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.
304743	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processu e judiciais.
304743	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processu e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão
304743	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
304743	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
304743	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304743	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.
304743	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.
304743	
304743	

Protocolo	Justificativa
304743	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assert é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tipo de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.
304743	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.
304743	III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Justificativa: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas e um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, n sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operado
304743	Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas. Justificativa: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas e um horizonte de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo le a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora
304743	2025-01-31 19:01:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304743	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
304743	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304743	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304743	
304743	
304743	

Protocolo	Justificativa
304743	b) nos casos em que for utilizado índice de preço não poderá ser utilizado percentual por meta de sinistralidade. Justificativa: No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais d setor de saúde nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere o subíndices, limitará a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajus baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.
304743	I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade online; Justificativa: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas e um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, n sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consig a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que dese comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.
304743	Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando hou alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação. Justificativa: Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não h cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca-se ainda que, o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo-se as características produto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304827	2025-02-01 10:50:40	Paciente
304830	2025-02-01 11:05:30	Paciente
304845	2025-02-01 17:21:19	Paciente
304888	2025-02-03 09:04:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304827	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Alteração
304830	- § 1º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, a franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go será aferida proporcionalmente, considerando-se o número de meses restantes até o aniversário ou renovação subsequente do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Inclusão
304845	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Inclusão
304888	- Art. 27 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304827	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido pel baseado no IGP-M que será apurado em período de doze meses consecutivos; e
304830	Tendo em vista que a existência de operadoras de planos privados de assistência à saúde que operam planos privados denominados como coletivo por ade responsáveis por uma anomalia criada com a anuência das próprias seguradoras e do governo, que gera uma situação repleta de ilegalidades que penaliz consumidor final. Tendo em vista que essa situação existe e é chancelada pela Agência Nacional de Saúde, certamente o reajuste dos planos coletivos por deveria seguir exatamente a mesma regra aplicada aos planos individuais e familiares. Seus reajustes não devem ocorrer na data em que o plano faz anive sim após 12 meses da adesão do segurado ao plano. Outra irregularidade que existe neste tipo de plano é o fato de o segurado ter que se afiliar a alguma e como por exemplo, Clube Municipal - RJ, do qual o mesmo nunca na verdade frequentou ou participou de suas atividades, sendo uma fraude contratual c chancelada pelo governo federal brasileiro. Cabe observar essa e outras questões para regularizar este tipo de comercialização de planos de saúde no B
304845	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação de índice definido pel baseado no IGP-M.
304888	Artigo 27 VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupame contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento), sendo facultado utilização de percentual inferior mediante justificativa técnica previame autorizada pela ANS.

Protocolo	Justificativa
304827	Hoje estamos tendo reajustes inconcebíveis de até 40% nos planos de saúde, sendo que os índices de inflação do País tem sido de 3 a 4,5% nos últimos anos. Sendo assim, a população não pode ficar a mercê de índices ditados exclusivamente pelas operadoras de planos de saúde como tem sido até então. existe uma Agência reguladora no País nesta área, nada mais lógico que esta arbitre sobre esta questão dos reajustes, pois isso é vital para sobrevivência d pacientes usuários de planos de saúde, principalmente para os com mais de 60 (sessenta) anos de idade, cujos valores dos planos são abusivos. A propos de mudança da ANS melhora este artigo da legislação, mas ainda é insuficiente, pois o lado fraco do contrato (os usuários) dificilmente terão como impor u índice que lhes convém. Esta certamente seria uma batalha perdida pelos usuários. Certamente as operadoras vão ditar índices absurdos convenientes à el nos contratos como fazem hoje e o usuário, ou aceita ou tem de sair do Plano de Saúde, fato este sempre muito complicado e oneroso, ou ainda será força a não assinar o contrato (no caso de uma contratação inicial). A ANS tem de impor um índice, senão ficaremos na estaca zero, ou seja, praticamente com estamos hoje.
304830	Tendo em vista que a existência de operadoras de planos privados de assistência à saúde que operam planos privados denominados como coletivo por adesão são responsáveis por uma anomalia criada com a anuência das próprias seguradoras e do governo, que gera uma situação repleta de ilegalidades d penalizam o consumidor final. Tendo em vista que essa situação existe e é chancelada pela Agência Nacional de Saúde, certamente o reajuste dos planos coletivos por adesão deveria seguir exatamente a mesma regra aplicada aos planos individuais e familiares. Seus reajustes não devem ocorrer na data em q o plano faz aniversário e sim após 12 meses da adesão do segurado ao plano. Outra irregularidade que existe neste tipo de plano é o fato de o segurado te que se afiliar a alguma entidade, como por exemplo, Clube Municipal - RJ, do qual o mesmo nunca na verdade frequentou ou participou de suas atividades sendo uma fraude contratual oficial chancelada pelo governo federal brasileiro. Cabe observar essa e outras questões para regularizar este tipo de comercialização de planos de saúde no Brasil.
304845	Os reajustes hoje aplicados pelas operadoras são muito superiores aos observados pela inflação no Brasil em igual período. Os clientes de planos de saúd não podem ficar submetidos, num item de necessidade básica, exclusivamente aos interesses das operadoras de planos de saúde. Havendo uma Agência reguladora para saúde, deve estar ponderar os interesses dos clientes também e não totalmente captura pelas operadoras de planos de saúde. Em especi para os maiores de 59 anos de idade, flagrantemente prejudicados pelos valores cobrados pelos planos de saúde. A captura da ANS pelas operadoras de planos de saúde tem como única consequência trazer danos irreparáveis à população, perte do contrato de serviços de saúde que é também função da Agência resguardar e proteger.
304888	Entendemos que a norma deveria facultar a utilização de outra patamar mínimo desde que justificado tecnicamente e autorizado previamente pela ANS.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304892	2025-02-03 10:19:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304892	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304892	

Protocolo	Justificativa
304892	EXCLUIR: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on line; JUSTIFICATIVA: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304892	2025-02-03 10:19:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304892	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304892	

Protocolo	Justificativa
304892	EXCLUIR: Parágrafo único. A depender da análise ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas. JUSTIFICATIVA: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo levar a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304892	2025-02-03 10:19:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304892	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304892	

Protocolo	Justificativa
304892	EXCLUIR: III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar. JUSTIFICATIVA: Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, por meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formação inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. Há um cenário de desequilíbrio que não consegue ser

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304892	2025-02-03 10:19:52	Operadora
304892	2025-02-03 10:19:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304892	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
304892	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304892	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
304892	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.

Protocolo	Justificativa
304892	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar que é de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estudos elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais breve possível.
304892	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente de uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria do cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304892	2025-02-03 10:19:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304892	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304892	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à mantidos operadoras saúde, pelas deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa.

Protocolo	Justificativa
304892	É fundamental que o Instrumento de Revisão Técnica também considere os “planos não regulamentados”. É sabido pelo Órgão Regulador que muitas Operadoras de Planos de Saúde ainda gerenciam o risco de subscrição de mútuos com tais características, desbravando desafios como a insuficiência de receita de contraprestação, o envelhecimento populacional da massa segurada e o consequente aumento dos custos assistenciais. Este cenário implica na sobreposição das despesas assistenciais em face das receitas percebidas, gerando prejuízos econômicos significativos e resultando na necessidade de subsídios cruzados entre planos regulamentados para manutenção de planos antigos. Ato contínuo, para ilustrar essa realidade, a Cooperativa Médica Unimed Sergipe possui aproximadamente 64% da sua carteira composta por planos individuais e/ou familiares. Dentro desse universo populacional, 4,5 pontos percentuais (cerca de 3.800 vidas) correspondem a Planos não Regulamentados, cuja idade média é de 56 anos. Além disso, 51% dessas vidas estão na última faixa etária regulamentar (59 anos ou mais). Por fim, se o Instrumento de Revisão Técnica não contemplar essa realidade mutualística, operadoras como a Unimed Sergipe — e tantas outras que atendem populações com esse perfil de risco — continuarão enfrentando

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304892	2025-02-03 10:19:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304892	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304892	

Protocolo	Justificativa
304892	Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído o inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver em risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisão técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/24, muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304892	2025-02-03 10:19:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304892	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304892	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tendo como referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
304892	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráter técnico do tema, além de abordar aspectos principiológiocos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304892	2025-02-03 10:19:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304892	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304892	

Protocolo	Justificativa
304892	EXCLUIR: III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. JUSTIFICATIVA: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- “Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as coberturas adicionais contratadas em separado, multa, juros e taxas.” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304909	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)

Protocolo	Justificativa
304909	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representam apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
304909	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar que é de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estudos elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais breve possível.
304909	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de devendo ser aplicado da seguinte forma: coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora . De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, entre outros insumos inerentes. § 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta nãocomunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Protocolo	Justificativa
304909	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas. Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora deforma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico -hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento).” (NR) Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além de promover uma indexação do seto r . Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberdade econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304909	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade definido de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze meses consecutivos;

Protocolo	Justificativa
304909	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômicofinanceiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
304909	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão ser atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos dos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos deve prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.
304909	I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade online; Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação. Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca -se ainda que , o aumento de custos

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso II Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico - financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304909	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%

Protocolo	Justificativa
304909	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
304909	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas. Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo levar a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais
304909	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica a livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade de existência da administradora de benefícios.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além da necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um arcondicionado ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser utilizado índice de preço; e b) nos casos em que for utilizado índice de preço não poderá ser utilizado percentual por meta de sinistralidade. No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saúde nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limitará a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve -se

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
304909	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assertiva é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tipo de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304909	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
304909	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304909	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais e por adesão com menos de cem vidas. § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento

Protocolo	Justificativa
304909	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% dos contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	I- a operadora deve apresentar desequilíbrios econômicofinanceiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído o inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver em risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisão técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/24, muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	III - os limites de exposição financeira; A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304909	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação

Protocolo	Justificativa
304909	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
304909	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão
304909	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa.
304909	
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	Necessário incluir todos os planos não regulamentados, devido à defasagem que eles apresentam atualmente, gerando grandes prejuízos e vultuoso resultado negativo, que podem ocasionar a quebra da operadora, especialmente aquelas que possuam uma carteira considerável de planos não regulamentados. Apenas para citar um exemplo, dentre de tantos outros, a Unimed Sergipe possui mais de 60% da carteira nessa situação e esse é só um caso em que se não houver a possibilidade de revisão técnica, com a ocorrência do financiamento dos planos coletivos, a longo prazo certamente não será sustentável.
304909	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.
304909	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
304909	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304909	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução .
304909	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tendo como referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar

Protocolo	Justificativa
304909	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente de uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria do cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugerese que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde.
304909	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugerese que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráter técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304909	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados.

Protocolo	Justificativa
304909	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304909	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados.

Protocolo	Justificativa
304909	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isençõe ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, er que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborad considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por ,mais de 874 mil beneficiários com contratos em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto demais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/ano Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a proposta vai contra o risco moral expos pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação de perda). Da mesma forma, so a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando o impacto de toda as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕE, ao comparar o resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positivo de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Estima-se que a sinistralidade aumente em pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verifica se que a manutenção da regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilização dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação e/ou franquia nos atendiment ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades em 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento c contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a populaç não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda ur segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precá Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvênc de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo tamanha a quantidade de isenções. Com base nos estudos realizados (os quais serão enviados à ANS), entende-se que é necessária a adequação no Anex no seguinte sentido: 1. Consultas Médicas: Isenção de apenas 2 (duas) consultas realizadas com médico generalista, ao ano. 2. Exames de Pré -Natal: As isenções das 10 consultas de obstetrícia serem complementares as 2 (duas) consultas já isentas no item I– Consultas Médicas. Em suma, as medidas propostas pela ANS, portanto, vão afastar brasileiros do setor de saúde suplementar (como admitido pela própria ANS no RAIR). Ao invés de beneficiar os consumidores, apenas a elite brasileira terá acesso aos planos de saúde, sobrecarregando o SUS e estimulando cartões de desconto e clínicas populares. A empresas, que já não suportam o peso dos planos de saúde na “folha”, não conseguirão manter esses benefícios aos seus colaboradores (80% dos plano

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304909	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação

Protocolo	Justificativa
304909	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304909	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias

Protocolo	Justificativa
304909	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 421 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada por falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúde coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. A liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
304909	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo
304909	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operadora faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304909	2025-02-03 13:36:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304909	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304909	

Protocolo	Justificativa
304909	III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitala Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, por meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formação inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304924	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
304924	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304924	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; * Alterar para: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;
304924	

Protocolo	Justificativa
304924	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores.
304924	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operadora faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304924	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
304924	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304924	
304924	

Protocolo	Justificativa
304924	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
304924	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$200,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304924	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304924	

Protocolo	Justificativa
304924	Exclusão: Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação. Justificativa: Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304924	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão
304924	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304924	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, entre outros insumos inerentes.
304924	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta não comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Protocolo	Justificativa
304924	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.
304924	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304924	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
304924	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304924	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão ser atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos dos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.
304924	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma. Alterar para: II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados.

Protocolo	Justificativa
304924	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos deve prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.
304924	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304924	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304924	

Protocolo	Justificativa
304924	I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e Exclusão: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população).

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304924	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304924	

Protocolo	Justificativa
304924	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304924	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304924	

Protocolo	Justificativa
304924	III - os limites de exposição financeira; A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304924	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304924	

Protocolo	Justificativa
304924	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304924	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304924	

Protocolo	Justificativa
304924	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$200,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população).

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304924	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
304924	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304924	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e Alterar para: I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados.
304924	

Protocolo	Justificativa
304924	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
304924	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304924	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração
304924	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304924	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma. Alterar para: § 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.
304924	

Protocolo	Justificativa
304924	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$200,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população).
304924	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304924	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
304924	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304924	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
304924	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
304924	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$200,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população).
304924	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assertiva é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tipo de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304924	2025-02-03 16:25:37	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304924	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304924	

Protocolo	Justificativa
304924	II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário. Exclusão: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$200,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população).

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304932	2025-02-03 16:39:19	Órgão de defesa do consumidor
304932	2025-02-03 16:39:19	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304932	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Inclusão
304932	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304932	II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá: a) ser claro e explícito, divulgado publicamente; b) ser um índice de preço inflacionário, de fonte imparcial e com metodologia consolidada; c) permitir a replicabilidade e verificação do cálculo pelo consumidor;
304932	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação de um único índice defi contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e

Protocolo	Justificativa
304932	A redação deve ser alterada por não contemplar, de maneira precisa, a alternativa regulatória sugerida em AIR. Dentre as recomendações definidas, estão “tornar explícita a vedação a parâmetros sem metodologia consolidada” e “permitir a replicabilidade do cálculo”, fim de mitigar a assimetria de informações e preservar o equilíbrio de forças. Ainda, a alternativa regulatória sugerida é a de definir índice eleito, sendo “inflacionário, único e de fonte imparcial”. Contudo, tais diretrizes não foram incorporadas na normativa. O texto, como proposto, ainda não traz parâmetros e vedações de maneira inequívoca, pois a características “claro”, “explícito” e “divulgado publicamente” ainda são vagas. Assim, deixa de endereçar corretamente os problemas identificados e abre margem para interpretações que permitam cláusulas que prejudicam a transparência dos contratos. Por isso, a redação do dispositivo deve ser aprimorada.
304932	A alteração da redação torna explícita a regra do índice único e a proibição ao acúmulo de índices nos contratos coletivos, trazendo maior clareza às partes contrato.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304932	2025-02-03 16:39:19	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304932	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304932	§ 1o À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr não poderá ser rescindido unilateralmente pela operadora;

Protocolo	Justificativa
304932	São urgentes regras mais rígidas para a rescisão unilateral de contratos coletivos. No último ano, notabilizaram-se cancelamentos sem a devida comunicação ao consumidor, ou, ainda, envolvendo beneficiários internados ou com tratament em curso, que levantaram a hipótese do uso da rescisão como seleção de risco. Agora, tanto na ARR quanto na AIR, a Agência reconhece, de maneira categórica, que a possibilidade de rescindir unilateralmente contratos coletivos é ur instrumento de seleção de risco utilizado pelas operadoras. Em especial em contratos de pequeno porte, é possível realizar uma análise individualizada do risco de cada contrato. O baixo número de vidas limita a constituição de mutualismo suficiente para assegurar colchão de liquidez e, no mesmo sentido, poder econômico para negociar em pé de igualdade com a operadoras. Tais características acabam por assemelhar os planos coletivos de pequeno porte aos planos individuais e familiares – sem, contudo, que se apliquem a eles as garantias necessárias para mitigar a hipossuficiência dos consumidores envolvidos. A análise ainda aponta que seu uso como mecanismo de gestão se acentuou como contrapartida às regras de agrupamento de contratos. Com o aumento número de vidas no agrupamento, conforme proposto pela Agência, é possível pensar que o problema da rescisão unilateral será acentuado. Sabe-se que a seleção de risco é uma prática expressamente vedada, inclusive por Súmula Normativa da ANS (Súmula nº 27/2015). É evidente, ainda, que prática se revela abusiva ao consumidor, nos termos do art. 51 CDC e da Lei n.º 9.656/98, bem como ofende o princípio de mutualismo que permeia este mercado. Vale adicionar, ainda, que o novo Marco Legal dos Seguros (Lei nº 15.040/2024), em seu Art. 9º, § 5º, ainda, proíbe que haja extinção unilateral do contrat pela seguradora. Embora haja distinções entre os seguros regulados pelo novo marco, princípios securitários basilares, como mutualismo, aplicam-se tambe aos planos privados de assistência à saúde. Assim, por meio de uma interpretação lógico-sistemática do funcionamento de produtos que lidam com aleatoriedade e riscos segurados, entende-se que é plenamente possível que vedação semelhante seja repetida em normativa da ANS, uma vez que, sobretudo, a própria lei de plano de saúde já veda o rompimento unilateral para planos individuais. Dessa forma, não há dúvidas que, por se tratar de ferramenta de seleção de risco, deve ser vedada pela regulamentação da ANS.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304932	2025-02-03 16:39:19	Órgão de defesa do consumidor
304932	2025-02-03 16:39:19	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304932	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Inclusão
304932	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304932	Parágrafo Único. É obrigatória a disponibilização prévia e de modo claro e acessível aos contratantes e beneficiários, de planilhas de sinistralidade, para que aplicação do reajuste por meta de sinistralidade.
304932	§2º O número mínimo de beneficiários de contratos empresariais com que se deve formar um agrupamento será revisado a cada 2 anos, sendo alterado necessário.

Protocolo	Justificativa
304932	Historicamente, há um déficit de transparência grave nas informações prestadas por operadoras para o cálculo da sinistralidade. Ainda que a ANS alegue q existe obrigatoriedade de apresentação de planilhas com os eventos (sinistros) que fundamentam o reajuste por parte das operadoras, essa não é uma realidade das práticas do mercado. Prova disso são ações do Procon-SP que, após ter solicitações de tais planilhas recusadas em investigação contra cinco operadoras de planos de saúde, ajuizou diversas Ações Civis Públicas para tanto. Tal situação demonstra a dificuldade de fiscalização sobre as informações fornecidas pelas operadoras e sobre o índice de sinistralidade. Por conta de tais falhas de transparência, o reajuste por meta de sinistralidade acaba sendo um índice de difícil conferência e, portanto, de negociação e barganha pelos contratantes. Soma-se a isso o fato de se tratar de um critério altamente técnico e de difícil compreensão mesmo para contratantes pessoa jurídicas. Antes de tudo, é preciso garantir que haja entrega das planilhas de cálculo de sinistralidade a consumidores individuais, entidades contratantes e entidades Defesa do Consumidor, bem como acesso a estas ao beneficiário de maneira clara e acessível ao entendimento. Por isso, sugere-se a inclusão de um parágrafo condicionando expressamente a aplicação do reajuste por meta da sinistralidade à disponibilização de tais dados aos consumidores.
304932	A revisão do agrupamento de contratos coletivos é uma medida protetiva aos consumidores que se baseia em estudos técnicos da Agência. Os estudos reconhecem que os altos reajustes funcionam como mecanismos de expulsão ou de seleção de riscos, sendo necessário reduzir a variabilidade dos reajust aplicados a contratos com baixo poder de barganha. A análise demonstrou que, ao contrário do que se pensava inicialmente, há baixo ou nenhum poder de barganha em contratos coletivos de planos de saúd ainda que mediados por pessoas jurídicas. Trata-se de demanda antiga dos consumidores, que, devido à falta de avanços no tratamento regulatório dado a planos coletivos, estão expostos a abusos cometidos pelas operadoras, sob a premissa que haveria alguma paridade entre as partes. Contudo, faz-se necessário acrescentar uma previsão expressa sobre a constante necessidade de revisão da regra de agrupamento. Os estudos apontam utilizando dados de até 2022, que o número de 1000 vidas seria o mais adequado. Considerando que os mecanismos de gestão das operadoras estão em constante adaptação, faz-se necessário atualizar o número de vidas para agrupamento. Mesmo que os indicadores das curvas de reajuste acumulado por porte de contrato empresarial apontem uma estabilização em torno das 1000 vidas, há outros fatores que apontam que mesmo contratos maiores possuem baixo poder de barganha, tais como a falta de capacidade técnica dos contratantes. Des forma, a regulação deve estar atenta a tais falhas de mercado e elaborar meios de proteção dos beneficiários de contratos coletivos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304932	2025-02-03 16:39:19	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304932	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304932	V - é vedada a acumulação de quaisquer índices, inclusive: (Renumerado do inciso III)

Protocolo	Justificativa
304932	Uma alteração no inciso se faz necessária para tornar explícita a vedação de acumulação de índices, conforme meta definida em AIR. Da forma como proposta, a redação parece vedar tão somente a acumulação de índices de preço e de meta de sinistralidade. Contudo, os estudos técnicos da Agência identificaram acúmulos dos mais diversos índices. Por isso, uma mudança na redação tornaria inequívoca a vedaç também a tais práticas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304937	2025-02-03 16:44:05	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304937	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304937	

Protocolo	Justificativa
304937	O reajuste por Revisão Técnica deve ser vedado para qualquer modalidade contratual de plano privado de assistência à saúde, por se tratar de prática de alteração unilateral do contrato que penaliza o consumidor. Conforme o CDC (Lei nº 8.078/90), trata-se de prática ilegal e abusiva. Ademais, tal modalidad pode colocar o usuário em situação de extrema desvantagem, por ser excessivamente onerosa. Cabe às operadoras e às seguradoras fazer a adequada gestão financeira dos planos, como também implementar medidas efetivas de mutualismo para a aplicação de reajustes adequados. A regulamentação da Revisão Técnica encontra, nesse sentido, pelo menos cinco óbices: I. Inexistência de mandamento legal para regulamentar o tema. Em sua análise, a Agência alega que há uma obrigação legal da ANS de regular a Revisão Técnica, baseando-se no inciso XVII do art. 4º da Lei de Planos Saúde que traz que a Agência tem competência para "autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência saúde, ouvido o Ministério da Fazenda". Contudo, não há, aqui, uma obrigação legal de realizar revisões das contraprestações, nem de se utilizar da Revisão Técnica. Ainda, o próprio Ministério d Fazendo, citado no inciso em questão, apresentou parecer contrário à aprovação da Revisão Técnica, destacando a falta de evidências que justifiquem ta medida e a presença de outras alternativas regulatórias. II. Ilegalidade do instrumento. A análise da Agência traz que a Revisão Técnica já foi objeto de deliberação judicial pelo STF em decorrência do julgamento da ADI nº 1931. Ou seja, a própria ANS registra que o reajuste por revisão técnica fere um mandamento constitucional - o respeito ao ato jurídico perfeito. Tal mandamento está incorporado no CDC ao tratar da impossibilidade de alterações unilaterais do contrato, sendo uma proteção ao consumidor contra tais mudanças imprevisíve III. Falta de maturidade técnica da análise. A AIR demonstra uma grande falta de maturidade técnica para a regulamentação, de modo que a discussão parece estar em pauta somente por pressão d setor regulado. Quando comparadas com as outras análises regulatórias desta Consulta Pública, há uma patente falta de aprofundamento. Não há, por exemplo, dados sobre quais seriam os desequilíbrios endereçados pela Revisão Técnica, ou sobre os problemas enfrentados pelo mercado d planos individuais, ou então que operadoras estariam demandando o uso do instrumento. Faltam quaisquer indicadores de insolvência do setor que justifiqu a necessidade do instrumento. A própria análise admite haver uma incompletude dos dados, ao afirmar que a efetivação da norma só poderia acontecer em 2026 quando houver aprofundamento das discussões e pela possibilidade de isolar os dados contábeis de análise dos efeitos da pandemia. Ainda, as alternativas sugeridas ao aumento da mensalidade incluem modalidades de plano que nem mesmo estão regulamentadas ainda, como os planos livre adesão. Por isso, não há dúvidas que ocorre uma pressa regulatória injustificada.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304938	2025-02-03 16:50:11	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304938	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304938	Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e coletivos empresariais para contratação por empresário individual e não impede a venda presencial de planos privados de assistência à saúde.

Protocolo	Justificativa
304938	As participações da audiência pública n.º 50 indicaram que as operadoras de planos privados de assistência à saúde são bastante contrárias à modalidade venda online, sob o argumento de que sua obrigatoriedade fere, dentre outros princípios, o da livre iniciativa. É importante reforçar os achados da AIR sobre tema: a venda online visa superar falhas notórias de mercado que são discriminatórias e impedem a contratação de planos de saúde por consumidores cor diferentes perfis (pessoas idosas, pessoas com doenças ou lesões pré-existentes, pacientes que necessitam de tratamentos continuados, dentre outros). D mesmo modo que a livre iniciativa é princípio da ordem econômica, a proteção do consumidor também o é. Para estimular tal forma de comercialização e reduzir a resistência das empresas sobre a medida, a futura norma pode indicar que a venda online não substituirá outras formas de comercialização, a exemplo da venda presencial, que conta, em alguns casos, com auxílio de corretores e consultores. Sem prejuízo, é necessário que a ANS exerça papel fiscalizatório para penalizar as operadoras que, além de não exercer o formato de online de contratação, impeçam a entrada de consumidores sob justificativas discriminatórias ou mediante o compartilhamento de informações incompletas e nada transparentes Vale o alerta, ainda, que o Idec não ignora as dificuldades de acesso à internet ou entraves relacionados à falta de letramento digital. Embora o aumento d compras na internet tenha crescido após a pandemia de coronavírus, existem barreiras de acesso a serviços digitais. O uso da internet por brasileiros das classes C, D e E é restrito, prejudicando o acesso a benefícios sociais ligados à educação, saúde, finanças e acesso a serviços assistenciais, gerando insatisfação de consumidores e potencializando vulnerabilidades já existentes e provocadas pela pandemia de Covid-19. Esta conclusão pertence à pesquis encomendada pelo Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) ao Instituto Locomotiva. Justamente por isso, é imperioso que a agência desempenhe um papel ativo na proteção do consumidor na aquisição de um plano de saúde no ambiente virtual.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304938	2025-02-03 16:50:11	Órgão de defesa do consumidor
304938	2025-02-03 16:50:11	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304938	- Art. 5º O interessado na contratação de um plano ofertado eletronicamente deverá preencher todas as informações necessárias e enviar toda a documentação solicitada.	Inclusão
304938	- Art. 4º Durante o processo de contratação, anteriormente à sua finalização, as operadoras devem apresentar as informações inerentes ao contrato do plano de saúde, dentre as quais, destacam-se: I - nome comercial e nº de registro do plano na ANS; II - tipo de contratação e suas peculiaridades; III - segmentação assistencial do plano de saúde; IV - área geográfica de abrangência do plano de saúde; V - área de atuação do plano de saúde; VI - padrão de acomodação em internação; VII - formação do preço; VIII - serviços e coberturas adicionais; e IX - mecanismos de regulação da utilização dos serviços.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304938	Art. 5º-A: É dever da operadora assegurar o sigilo e proteção dos dados pessoais, dos documentos e das informações de saúde compartilhadas pelo consu por ocasião do preenchimento da declaração de saúde e/ou de outros procedimentos necessários à conclusão da venda online, nos termos da legislaçã regramento setorial pertinente. § 1°: O mesmo dever se estende a eventuais intermediários envolvidos na comercialização em ambiente virtual, igualmente responsáveis por assegurar a p dos dados de consumidores. § 2º: É vedado o compartilhamento dos dados de consumidores a terceiros e a pessoas jurídicas alheias à transação comercial em ambiente eletrônic § 3º: Atendidas as exigências para a contratação em ambiente online, a operadora de plano de saúde não poderá se recusar a finalizar a contratação § 4º: O preço deve se manter ao longo do procedimento de contratação e não pode ser alterado após o envio da documentação de saúde pelo consumi
304938	§ 3º Além da disponibilização de informações nos formatos indicados nos parágrafos anteriores, a operadora também deve disponibilizar opções destina dúvidas sobre a venda online nos canais de atendimento ao consumidor

Protocolo	Justificativa
304938	Tal como colocado nos documentos técnicos da Agência, a proposta de tornar obrigatória a comercialização de planos privados de assistência à saúde visa em resumo, superar óbices à falta de planos individuais e a barreiras injustificadas de contratação. Por isso, é imperioso pensar em critérios e procedimento de segurança que garantam a segurança do consumidor nas compras em ambiente virtual e também em mecanismos que impeçam a repetição das barreir existentes nas vendas presenciais. Não consta sugestão neste sentido na minuta proposta pela agência, mas é imperioso pensar em pontos adicionais à RN 413/2016, sobretudo nos seguinte aspectos. I. Proteção de dados e segurança da informação. É dever da operadora assegurar o sigilo e a proteção de dados compartilhados pelo consumidor, nos term da Lei Geral de Proteção de Dados e outros regramentos porventura aplicáveis. Vale o alerta, ainda, de que dados de saúde são dados pessoais sensíveis recebem uma camada maior de proteção, justamente pela sua importância à dignidade do consumidor. II. Contratação não pode ser recusada após o envio de informações. Uma vez que o consumidor atende aos requisitos de contratação e completa os procedimentos necessários para finalizar a venda online, a operadora de plano de saúde não pode se recusar a finalizar a venda. Este tipo de providência vi proteger o consumidor de negativas injustificadas de contratação. III. Valor da contratação final deve ser o mesmo da oferta online ou anúncio. O preço da contratação final, pelo consumidor, deve ser o mesmo ofertado inicialmente ao consumidor. A informação sobre o preço é direito fundamental da pessoa consumidora e sua elevação, sem justa causa, é prática vedada pe Código de Defesa do Consumidor. A proposição visa evitar que o valor do contrato seja encarecido, a depender do perfil do consumidor.
304938	A minuta de resolução normativa não traz nenhuma disposição neste sentido, mas é importante reforçar a necessidade de proteção do consumidor no ambiente online, principalmente o respeito ao direito básico à informação. Para além de dados básicos sobre o contrato, também deve se considerar que é dever da operadora explicar a diferença entre os institutos e sanar quaisquer dúvidas das pessoas consumidoras durante o procedimento de contratação. Esses canais de atendimento devem garantir a privacidade e sigilo das informações compartilhadas pelos consumidores, como também obedecer às regra setoriais aplicáveis (Decreto SAC, por exemplo, além do próprio Código de Defesa do Consumidor).

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	

Protocolo	Justificativa
304934	Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca -se ainda que , o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	

Protocolo	Justificativa
304934	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora . De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta não comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Protocolo	Justificativa
304934	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304934	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Protocolo	Justificativa
304934	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 421 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada por falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúde coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. A liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 1º A Resolução Norma□va ANS nº 565, de 16 de dezembro de 2022, passa a vigorar com as seguintes alterações:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304934	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade definido de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze meses consecutivos;

Protocolo	Justificativa
304934	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômicofinanceiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 1º A Resolução Norma□va ANS nº 565, de 16 de dezembro de 2022, passa a vigorar com as seguintes alterações:	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	

Protocolo	Justificativa
304934	a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser utilizado índice de preço: No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saúde nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limitará a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora. b) nos casos em que for utilizado índice de preço não poderá ser

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304934	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;

Protocolo	Justificativa
304934	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	

Protocolo	Justificativa
304934	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contratos em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão
304934	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
304934	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	
304934	
304934	

Protocolo	Justificativa
304934	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica a livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade de existência da administradora de benefícios.
304934	III - os limites de exposição financeira: A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.
304934	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
304934	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
304934	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, entre outros insumos inerentes.

Protocolo	Justificativa
304934	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar que é de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estudos elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais breve possível.
304934	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações base

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	

Protocolo	Justificativa
304934	I- a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído o inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver em risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisão técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/24, muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304934	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais e por adesão com menos de cem vidas. § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento. §1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. descrito no caput, desde que

Protocolo	Justificativa
304934	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% dos contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
304934	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão ser atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos dos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.
304934	

Protocolo	Justificativa
304934	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos deve prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.
304934	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operadora faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 1º A Resolução Norma□va ANS nº 565, de 16 de dezembro de 2022, passa a vigorar com as seguintes alterações:	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	

Protocolo	Justificativa
304934	b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III) Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico - financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304934	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)

Protocolo	Justificativa
304934	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representam apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
304934	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assertiva é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tipo de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	

Protocolo	Justificativa
304934	I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
304934	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304934	
304934	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.

Protocolo	Justificativa
304934	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.
304934	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente de uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria do cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugerese que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	

Protocolo	Justificativa
304934	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	

Protocolo	Justificativa
304934	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além da necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um arcondicionado ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	

Protocolo	Justificativa
304934	II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	

Protocolo	Justificativa
304934	I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade online: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304934	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados.

Protocolo	Justificativa
304934	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304934	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados.

Protocolo	Justificativa
304934	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304934	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tendo como referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
304934	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráter técnico do tema, além de abordar aspectos principio lógicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304934	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
304934	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304934	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não,

Protocolo	Justificativa
304934	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 162 milhões de reais (4,18%) Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
304934	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304934	
304934	

Protocolo	Justificativa
304934	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.
304934	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304934	2025-02-03 17:27:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304934	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304934	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa.

Protocolo	Justificativa
304934	Necessário incluir todos os planos não regulamentados, devido à defasagem que eles apresentam atualmente, gerando grandes prejuízos e vultuoso resultado negativo, que podem ocasionar a quebra da operadora, especialmente aquelas que possuam uma carteira considerável de planos não regulamentados. Apenas para citar um exemplo, dentre de tantos outros, a Unimed Sergipe possui mais de 60% da carteira nessa situação e esse é só um caso em que se não houver a possibilidade de revisão técnica, com a ocorrência do financiamento dos planos coletivos, a longo prazo certamente não será sustentável.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304942	2025-02-03 17:32:45	Grupo/associação/ organização de pacientes

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304942	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304942	-

Protocolo	Justificativa
304942	O Instituto Oncoguia, organização da sociedade civil que há mais de 15 anos atua na defesa dos direitos dos pacientes com câncer, apresenta sua contribuição à Consulta Pública nº 145 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que propõe alterações na regulamentação dos planos de saúde coletivos, especialmente no que se refere ao cálculo e aplicação de reajustes e às regras para rescisão contratual. 1. RESCISÃO UNILATERAL DOS CONTRATOS: A INSEGURANÇA PARA OS BENEFICIÁRIOS A minuta altera a Resolução Normativa nº 557/2022, estabelecendo que os contratos coletivos só poderão ser rescindidos na data de seu aniversário, com aviso prévio de 60 dias. No entanto, a proposta mantém a possibilidade de rescisão unilateral por parte das operadoras, o que representa um risco para milhões de consumidores. 1.1 Risco de cancelamentos em massa, deixando consumidores sem assistência A rescisão unilateral de contratos coletivos tem sido um dos principais problemas enfrentados por consumidores de planos de saúde. Sem regras mais rígida operadoras podem cancelar contratos de forma massiva, deixando grupos inteiros sem cobertura de forma abrupta. Nesse sentido, sugerimos: (a) Vedação da rescisão unilateral para contratos coletivos por adesão, uma vez que esses planos são contratados por indivíduos sem poder de negociaçã (b) Obrigatoriedade de justificativa detalhada e comprovação de inviabilidade financeira para rescisões de contratos empresariais menores, garantindo que cancelamentos não sejam utilizados como estratégia comercial para excluir consumidores mais custosos. 1.2 Falta de proteção para consumidores em caso de rescisão A minuta não garante a portabilidade facilitada para beneficiários de contratos rescindidos, o que pode resultar na exclusão de consumidores do sistema d saúde suplementar. Nesse sentido, sugerimos: (a) Portabilidade automática para os beneficiários de planos rescindidos, sem a necessidade de cumprimento de novas carências. (b) Criação de um período de transição para consumidores impactados pela rescisão, permitindo que permaneçam no plano por um período mínimo de 6 meses enquanto buscam alternativas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304942	2025-02-03 17:32:45	Grupo/associação/ organização de pacientes

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304942	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304942	-

Protocolo	Justificativa
304942	O Instituto Oncoguia, organização da sociedade civil que há mais de 15 anos atua na defesa dos direitos dos pacientes com câncer, apresenta sua contribuição à Consulta Pública nº 145 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que propõe alterações na regulamentação dos planos de saúde coletivos, especialmente no que se refere ao cálculo e aplicação de reajustes e às regras para rescisão contratual. 1. AGRUPAMENTO DE CONTRATOS: RISCO DE TRANSFERÊNCIA DE CUSTOS AOS CONSUMIDORES A proposta estabelece a obrigatoriedade de agrupamento de contratos coletivos por adesão e empresariais com menos de 1.000 beneficiários para definiçã do reajuste. No entanto, a medida pode resultar em impactos negativos para os consumidores. 1.1 Falta de garantias de que o agrupamento reduzirá os reajustes Embora o agrupamento possa diluir riscos e reduzir variações extremas nos reajustes, não há garantias de que essa medida efetivamente impedirá aument abusivos. Além disso, a minuta permite que operadoras agreguem contratos empresariais maiores ao agrupamento, o que pode distorcer os cálculos de reajuste. Nesse sentido, sugerimos: (a) Monitoramento contínuo da ANS sobre os impactos do agrupamento, garantindo que a medida não resulte em aumentos ainda maiores para grupos específicos de consumidores. (b) Proibição da inclusão de contratos empresariais maiores que 1.000 beneficiários no agrupamento, evitando distorções nos cálculos dos reajustes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304942	2025-02-03 17:32:45	Grupo/associação/ organização de pacientes

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304942	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304942	-

Protocolo	Justificativa
304942	O Instituto Oncoguia, organização da sociedade civil que há mais de 15 anos atua na defesa dos direitos dos pacientes com câncer, apresenta sua contribuição à Consulta Pública nº 145 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que propõe alterações na regulamentação dos planos de saúde coletivos, especialmente no que se refere ao cálculo e aplicação de reajustes e às regras para rescisão contratual. 1. REAJUSTES EM PLANOS COLETIVOS: FALTA DE TRANSPARÊNCIA E CRITÉRIOS ABUSIVOS A minuta altera a Resolução Normativa nº 565/2022, estabelecendo novos critérios para reajustes dos planos coletivos. No entanto, a proposta mantém lacunas preocupantes que podem favorecer aumentos desproporcionais e comprometer a previsibilidade dos reajustes. 1.1 Deficiência nos critérios de reajuste por sinistralidade A minuta prevê que as operadoras poderão aplicar reajustes por sinistralidade com base na proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas plano. No entanto, não há critérios claros para limitar essa prática nem exigências rigorosas para comprovação dos cálculos apresentados. Nesse sentido, sugerimos: (a) Definir um teto para reajustes por sinistralidade, considerando que reajustes excessivos inviabilizam a permanência de beneficiários nos planos. (b) Exigir a divulgação da memória de cálculo completa dos reajustes para a ANS e para os consumidores, permitindo maior controle e fiscalização. 1.2 Risco de aumentos injustificados devido à falta de regulação sobre os índices de reajuste A minuta prevê que os reajustes devem ser baseados em um índice de preço “claro e explícito”, sem definir critérios para a escolha desse índice, o que poc permitir a adoção de índices inflacionários elevados, aumentando os custos para os consumidores. Nesse sentido, sugerimos: (a) Definir critérios objetivos para a escolha do índice de preço, evitando a adoção de índices que reflitam apenas os interesses das operadoras. (b) Garantir que a ANS estabeleça limites regulatórios para os índices aplicados, evitando distorções no cálculo do reajuste.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304942	2025-02-03 17:32:45	Grupo/associação/ organização de pacientes
304942	2025-02-03 17:32:45	Grupo/associação/ organização de pacientes

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304942	- Art. 28. Estão sujeitos ao comunicado de reajuste os planos cole□vos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e os planos cole□vos exclusivamente odontológicos, com formação de preço préestabelecido, assim definidos pelo item 11.1.1 do Anexo II da Resolução Norma□va nº 85, de 7 de dezembro de 2004, ou em norma que vier a sucedê-la, independente da data da celebração do contrato, para os quais deverão ser informados à ANS:	Alteração
304942	- Art. 1º Os reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e dos planos privados de assistência suplementar à saúde exclusivamente odontológicos, contratados por pessoas □sicas ou jurídicas obedecerão ao disposto nesta Resolução.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
304942	-
304942	-

Protocolo	Justificativa
304942	O Instituto Oncoguia, organização da sociedade civil que há mais de 15 anos atua na defesa dos direitos dos pacientes com câncer, apresenta sua contribuição à Consulta Pública nº 145 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que propõe alterações na regulamentação dos planos de saúde coletivos, especialmente no que se refere ao cálculo e aplicação de reajustes e às regras para rescisão contratual. 1. REAJUSTES EM PLANOS COLETIVOS: FALTA DE TRANSPARÊNCIA E CRITÉRIOS ABUSIVOS A minuta altera a Resolução Normativa nº 565/2022, estabelecendo novos critérios para reajustes dos planos coletivos. No entanto, a proposta mantém lacunas preocupantes que podem favorecer aumentos desproporcionais e comprometer a previsibilidade dos reajustes. 1.1 Deficiência nos critérios de reajuste por sinistralidade A minuta prevê que as operadoras poderão aplicar reajustes por sinistralidade com base na proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas plano. No entanto, não há critérios claros para limitar essa prática nem exigências rigorosas para comprovação dos cálculos apresentados. Nesse sentido, sugerimos: (a) Definir um teto para reajustes por sinistralidade, considerando que reajustes excessivos inviabilizam a permanência de beneficiários nos planos. (b) Exigir a divulgação da memória de cálculo completa dos reajustes para a ANS e para os consumidores, permitindo maior controle e fiscalização. 1.2 Risco de aumentos injustificados devido à falta de regulação sobre os índices de reajuste A minuta prevê que os reajustes devem ser baseados em um índice de preço “claro e explícito”, sem definir critérios para a escolha desse índice, o que poc permitir a adoção de índices inflacionários elevados, aumentando os custos para os consumidores. Nesse sentido, sugerimos: (a) Definir critérios objetivos para a escolha do índice de preço, evitando a adoção de índices que reflitam apenas os interesses das operadoras. (b) Garantir que a ANS estabeleça limites regulatórios para os índices aplicados, evitando distorções no cálculo do reajuste.
304942	O Instituto Oncoguia, organização da sociedade civil que há mais de 15 anos atua na defesa dos direitos dos pacientes com câncer, apresenta sua contribuição à Consulta Pública nº 145 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que propõe alterações na regulamentação dos planos de saúde coletivos, especialmente no que se refere ao cálculo e aplicação de reajustes e às regras para rescisão contratual. Reconhecemos a relevância da iniciativa da ANS em promover mudanças regulatórias que possam aprimorar a transparência e previsibilidade dos reajuste além de estabelecer critérios mais claros para a rescisão de contratos coletivos. Este ajuste regulatório é essencial para reduzir as iniquidades entre os direi de beneficiários de planos individuais e coletivos, garantindo a proteção mais ampla aos pacientes. No entanto, pontuamos que é essencial que as mudanças culminem, de fato, na proteção dos direitos dos beneficiários, buscando maior equilíbrio entre as partes contratantes e evitando aumentos abusivos e desproporcionais que possam comprometer o acesso à saúde suplementar. Nesse sentido, nos soman à contribuição do Instituto de Defesa dos Consumidores (IDEC), reiteramos a necessidade de uma regulação mais rígida sobre os reajustes e as rescisões unilaterais, e apontamos mudanças no texto da minuta proposta para garantir a maior proteção dos beneficiários.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304957	2025-02-03 18:07:00	Órgão de defesa do consumidor
304957	2025-02-03 18:07:00	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304957	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Inclusão
304957	- Art. 12. É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde concederem desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou outra vantagem análoga que tenha por obje□vo incen□var u□lização consciente dos procedimentos e eventos em saúde cobertos pelo produto contratado pelo beneficiário desde que não importe inibição à utilização necessária dos serviços de saúde.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304957	Art. 3º Serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação os procedimentos e eventos: I - cuja realização se dê à revelia do beneficiário ou por iniciativa do prestador de serviços; II - que, por sua natureza, afastam a caracterização de risco moral, tais como aqueles: a) que são imperativos, por serem necessários à saúde do paciente ou por terem sido indicados ou prescritos por profissional de saúde; b) que infligem sofrimento ao beneficiário; c) que são de longo prazo; d) que são de urgência e emergência III - que integram o Anexo desta norma.
304957	Art. 12. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde concederem desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou vantagem análoga que estimule o não uso, pelos beneficiários, das coberturas do plano de assistência à saúde contratado.

Protocolo	Justificativa
304957	A minuta normativa propõe um rol taxativo para os procedimentos e eventos que são isentos da incidência de mecanismos financeiros de regulação. Contud o rol prevê apenas Consultas Médicas, Exames Preventivos, Tratamentos Crônicos, Exames de Pré-Natal e de Triagem Neonatal. A lista em anexo, por isso, não engloba todos os eventos sobre os quais não incide risco moral. Dessa forma, perde-se o sentido dos instrumentos de coparticipação e franquia, que buscam justamente mitigar o problema do risco moral. Sugere-se que o rol de procedimentos isentos seja definido através de diretrizes gerais para englobar todos os casos em que não há risco moral por parte d beneficiário. São eles todos que estão fora da esfera de escolha do usuário, por óbvio, e os cuja natureza afasta a caracterização de risco moral, conforme própria análise regulatória da agência reconhece. Assim, a definição das isenções deve se dar tanto por tais previsões gerais quanto por meio da lista em Anexo.
304957	A ANS já editou a Súmula nº 7, que estabelece que tal prática constitui fator restritivo severo ao acesso dos beneficiários aos procedimentos disponibilizado A análise regulatória aponta a dificuldade na definição de um fator restritivo severo e que, por isso, haveria pouca aplicabilidade prática de tal definição. Contudo, mesmo com tal dificuldade, a ANS reconheceu que se trata de prática absurda o oferecimento de desconto ou concessão de pontuação. A norma, mais uma vez, pressupõe que o usuário possui o conhecimento técnico para definir o que seria “utilização consciente dos procedimentos e evento As evidências trazidas na análise mostram que os mecanismos financeiros de regulação são incapazes de diferenciar o que seria a “utilização necessária d serviços” e o que seria uma utilização desnecessária. Por isso, aplicação de mecanismos financeiros como desconto ou pontuação, ao incidirem sobre o usuário, sempre irão importar inibição à utilização necessária dos serviços, de forma indistinta da utilização desnecessária. Trata-se de fato decorrente da própria natureza do mercado regulado, em que o consumidor não possui o conhecimento técnico sobre suas reais necessidades em saúde. Por isso, a redação deve ser revertida para confirmar o entendimento da Súmula nº 7 da ANS.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304957	2025-02-03 18:07:00	Órgão de defesa do consumidor
304957	2025-02-03 18:07:00	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304957	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
304957	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304957	I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspond 1,6 (um vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 5% (cinco) do valor da contraprestação pecuniária mensal devida pelo mesmo beneficiário.
304957	§ 4o A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira poderá ser realizada supervenientemente, dentro do prazo de 60 dias da data de realização do procedimento ou evento e desde que observe o limite de exp financeira mensal.

Protocolo	Justificativa
304957	A instituição de limites anuais e mensais sobre os fatores moderadores é essencial para que estes não funcionem como barreiras ao acesso dos serviços d saúde É preciso ressaltar que os estudos da análise regulatória não demonstram uma relação de causalidade entre a porcentagem de 30% dos fatores moderador e a redução do risco moral. Pelo contrário, a literatura mostra que os mecanismos financeiros de regulação não são instrumentos adequados para tanto. A finalidade é alterar o comportamento dos consumidores a fim de estimular o uso racional, fazendo-os refletir sobre melhores escolhas de saúde. Contudo neste mercado, o usuário não possui o conhecimento técnico sobre quais seriam as escolhas melhores ou mais racionais do uso dos serviços ou mesmo sob suas reais necessidades em saúde. Este conhecimento pertence ao profissional de saúde que o atende. O que ocorre, de fato, é que os fatores moderador fazem com que o consumidor reduza seu uso dos serviços, mas não só aquele “uso irracional” - diminui também a realização de atendimentos necessários Dessa forma, é ineficiente na busca pela redução de desperdícios. A análise regulatória reconhece isso ao citar o estudo RAND HIE, que conclui que “os mecanismos reduziram a utilização dos procedimentos mais e meno efetivos de forma igual”. Ao encarregar ao consumidor - parte mais vulnerável da relação - a tarefa de decidir qual procedimento é ou não necessário, os mecanismos de regulação financeira acabam, necessariamente, produzindo injustiça. Isso porque, conforme conclui o estudo, uma aplicação genérica de custos aos usuários não consegue separar o joio do trigo, ou seja, diferenciar o risco moral do uso necessário. Assim, há, sem dúvidas, efeitos adversos que recaem sobre o consumidor. O usuário passa a ter menos acesso mesmo aos serviços de saúde que precisa gerando efeitos a longo prazo sobre a saúde populacional. O mesmo estudo conclui que “a assistência gratuita (sem incidência do mecanismo) levou a melhora de alguns sintomas mais sérios”, em especial em camadas mais pobres e doentes. No quesito financeiro, os custos transmitidos ao usuário geram cobranças excessivas e inesperadas em seu orçamento, causando situações de endividamen ou, ainda, elevando os índices de judicialização da saúde suplementar. A fim de reduzir tais efeitos adversos, o Idec propõe a redução para um valor módico ao consumidor. O limite estipulado de 30% não apresenta maturidade técnica ou evidências que o justifiquem. Não há estudo que demonstre que a relação entre certo patamar de coparticipação e uma redução do risco moral sendo, portanto, uma escolha arbitrária. O principal argumento apresentado pela Agência, conforme a AIR e a apresentação técnica feita em audiência pública, é o uso mais frequente do mercado porcentagem. Trata-se, portanto, de evidência frágil, uma vez que as práticas consolidadas no mercado não necessariamente são as mais eficientes. Dess forma, considerando os efeitos adversos à saúde do beneficiário, sugere-se um patamar módico de fator moderador.
304957	Deve ser estabelecido prazo para a cobrança superveniente dos valores devidos, possibilitando dar previsibilidade de custos ao consumidor e garantindo su informação adequada.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304957	2025-02-03 18:07:00	Órgão de defesa do consumidor
304957	2025-02-03 18:07:00	Órgão de defesa do consumidor
304957	2025-02-03 18:07:00	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304957	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Exclusão
304957	- § 2º A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora de plano privado de assistência à saúde não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
304957	- § 1º A copar□cipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304957	
304957	§ 2o A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora de plano privado de assistência à saúde r responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada, e se destina a es o uso racional dos serviços de saúde pelo beneficiário.
304957	§ 1º A coparticipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização, pelo beneficiário, de um procedimen evento em saúde decorrente de escolha livre e espontânea, sujeitos a risco moral.

Protocolo	Justificativa
304957	O texto normativo assume que devem incidir mecanismos financeiros de regulação em atendimentos de pronto-socorro e em internação. Contudo, é inadequado o uso dos mecanismos financeiros de regulação como fatores moderadores do uso de tais serviços, considerando sua essencialida Conforme destacado pela análise técnica da agência, as evidências apontam que a incidência desses mecanismos afetam de forma indistinta usos mais e menos efetivos ou racionais do sistema de saúde. Dessa forma, penaliza-se tanto o usuário que incide no risco moral quanto aquele que não incide e utiliza sistema por sua necessidade. Mais do que isso, é preciso reconhecer que o usuário não possui o conhecimento técnico sobre quais seriam as melhores escolhas do uso dos serviços ou mesmo sobre suas reais necessidades em saúde. Em especial no caso da internação, a demanda por procedimentos e eventos sempre é mediada pelo profissional de saúde ou pelo prestador de serviço. Por isso, os fatores moderadores de uso sempre devem priorizar os prestadores de serviço. Não devem incidir coparticipação ou franquia sobre pronto soco ou sobre internações, sob risco de endividamento dos usuários e diminuição de acesso a serviços de saúde essenciais.
304957	Ao definir a finalidade específica da franquia, a redação informa qual deve ser a orientação interpretativa para o uso de tal mecanismo. Assim, evita o desvio finalidade de seu uso, tal como negar a responsabilidade das operadoras sobre a cobertura.
304957	A definição de coparticipação abre margem para que tal instrumento seja compreendido como forma de financiamento, pelo beneficiário, dos procedimento Por outro lado, a análise da Agência reconhece que há eventos e procedimentos que, por sua natureza, afastam a existência de risco moral pelo beneficiári seja porque sua realização se dá à revelia do beneficiário. Ao especificar que a coparticipação só incide sobre procedimentos e eventos sujeitos a risco moral, a redação deixa clara sua finalidade, conforme delimita nos objetivos da AIR (“Garantir que os fatores moderadores sejam utilizados para o fim ao qual se destinam, ou seja, mitigar o problema do risco moral”). Dessa forma, impede-se que haja desvio de finalidade da coparticipação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304957	2025-02-03 18:07:00	Órgão de defesa do consumidor
304957	2025-02-03 18:07:00	Órgão de defesa do consumidor
304957	2025-02-03 18:07:00	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304957	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Inclusão
304957	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Inclusão
304957	- Art. 2º São espécies de Mecanismos Financeiros de Regulação: I - coparticipação; e II - franquia.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304957	Art. 6º-A. Deve ser disponibilizado, ao beneficiário, extrato mensal de utilização contendo, pelo menos: I - a previsão de incidência do Mecanismo Financeiro de Regulação; II - o valor da contraprestação pecuniária base por beneficiário, caso houver diferenciação; III - os limites financeiros de exposição anual e mensal utilizados; III - o valor total de coparticipação, com discriminação do procedimento ou evento de saúde, do valor monetário cobrado corresponde e do período correspo IV - os canais disponibilizados para consultas de informações relativas à forma de aplicação dos mecanismos financeiros de regulação, bem como sobre hipóteses de isenção. Art. 6º-B. É garantido ao beneficiário poder contestar as cobranças à título de coparticipação ou franquia, sendo obrigatória a inclusão dos prazos e procedi estabelecidos para esse fim em contrato, extrato mensal e portal da operadora. §1º Quando a operadora for questionada, por qualquer meio, sobre o valor devido em decorrência da aplicação de fator moderador financeiro, o beneficiári receber, por escrito, todas as informações necessárias, conforme os prazos e forma definidos no Decreto nº 11.034/2022. §2º O consumidor que for cobrado de forma indevida tem direito à devolução do valor pago em excesso, com o dobro da quantia paga, acrescido de corr monetária e juros legais, salvo se a cobrança indevida ocorrer por erro justificável
304957	Art. 13-A: Cobrança não autorizada de coparticipação. Exigir ou aplicar mecanismos financeiros de regulação financeira em desacordo com a normativa da ANS: Sanção – advertência; multa de R$ 50.000,00.
304957	Art. 2o Os Mecanismos Financeiros de Regulação são fatores moderadores de uso dos serviços de saúde que se destinam a mitigar o risco moral, por pa beneficiário, e a estimular o uso racional dos serviços, sendo espécies:

Protocolo	Justificativa
304957	Um extrato detalhado mensal com todos os dados relevantes relativos aos mecanismos financeiros de regulação é medida que garante o direito básico do consumidor à informação clara e adequada. Tal garantia deve ser dada ao beneficiário do contrato, e não apenas ao contratante, no caso de contratos coletivos. Além disso, inclusão expressa da possibilidade de contestar cobranças busca proteger o beneficiário de cobranças indevidas e de endividamento. Ao exigir q as operadoras informem, de forma clara, os prazos e procedimentos para contestação dessas cobranças, o artigo assegura que se tenha acesso fácil e dire aos detalhes necessários para exercer seu direito de contestação.
304957	A cobrança de valores não previstos contratualmente ou em desacordo com as normas da ANS é violação tanto do Código de Defesa do Consumidor, quar da Lei de Planos de Saúde e das normas da agência. Por isso, cobranças acima dos percentuais permitidos devem ser devidamente penalizadas. Sugere, p isso, a criação de uma conduta infrativa, a ser adicionada à RN 489/2022.
304957	A normativa deixou de incluir um conceito dos Mecanismos Financeiros de Regulação. Os documentos técnicos elaborados pela Agência apontam que os Mecanismos de Regulação consistem em um fator moderador do uso do plano de saúd pelos beneficiários, mas essa finalidade não está explícita na norma. A AIR define como objetivo da mudança normativa “Garantir que os fatores moderadores sejam utilizados para o fim ao qual se destinam, ou seja, mitigar problema do risco moral”. Dessa forma, tal conceito deve ser incorporado explicitamente ao texto, sendo tomado como pressuposto para a interpretação de toda a norma. A mudança é importante para garantir que não haja seu uso como financiamento dos procedimentos e eventos, fenômeno diagnosticado pela análise da Agência, no qual as operadoras desviam a finalidade dos mecanismos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304957	2025-02-03 18:07:00	Órgão de defesa do consumidor
304957	2025-02-03 18:07:00	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304957	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
304957	- § 2º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, até o 30º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma. § 3º Após o 31º dia de internação, consecu□vos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar copar□cipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
304957	Art 13. Os planos e seguros privados de assistência à saúde que tenham sido assinados antes da entrada em vigor da presente resolução normativa e autorizem a incidência de mecanismos financeiros de regulação deverão, obrigatoriamente, obedecer às disposições da presente resolução. Parágrafo único: A renovação do contrato com mecanismos financeiros de coparticipação implica, necessariamente, na adaptação das respectivas cláus contratuais aos termos dispostos nesta resolução, inclusive quanto aos limites percentuais de cobrança e às isenções estipuladas pela ANS.
304957	

Protocolo	Justificativa
304957	Sugestão de ajuste redacional para tornar clara a obrigatoriedade de incidência da futura norma a contratos já em execução e para indicar que as cláusula que preveem mecanismos financeiros de regulação deverão se adequar à normativa.
304957	Para fins dos mecanismos financeiros de regulação, não faz sentido diferenciar internação em razão de questões psiquiátricas de internações em decorrênc de quaisquer outras situações de saúde. Estipular percentual coparticipativo para internações psiquiátricas reforça estigmas sobre saúde mental e afasta a pessoas do tratamento adequado. A internação psiquiátrica como procedimento médico feito no âmbito da saúde suplementar também recebe atenção constitucional e é regulada tanto pelc Código de Defesa do Consumidor (CDC, Lei nº 8.078/90), quanto pela Lei de Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98), bem como pela chamada Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001). A prescrição da internação em virtude de transtornos psiquiátricos ou doenças mentais é considerada uma medida médica excepcional, a ser utilizada some em último caso, quando outras formas de tratamento ambulatorial se mostrarem insuficientes para recuperação do paciente/consumidor. A excepcionalidad da institucionalização está reconhecida expressamente na Lei nº 10.216/2011, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Tal diploma também é conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica, que represer um importante marco na luta antimanicomial, pois reconheceu que o tratamento de pessoas com quaisquer espécies de transtornos mentais deve estar desprovido de qualquer forma de discriminação, notando-se a nítida opção do legislador em evitar a institucionalização, priorizando técnicas multidisciplinare ambulatórias de tratamento. Este entendimento decorre do reconhecimento geral, tanto especializado, quanto social, de que a assistência em saúde mental deve ocorrer dentro do sei comunitário e familiar, evitando ao máximo qualquer tipo de afastamento do convívio social. E o mesmo entendimento se encontra previsto no Rol de Evento Procedimentos da ANS, que elenca a internação hospitalar como último recurso. Diante das expressas previsões legais e administrativas, que defendem a institucionalização como última medida, fato é que esta opção terapêutica é excepcional, o que previne qualquer impacto significativo na sustentabilidade econômico-financeira das operadoras de planos de saúde. Em contribuição enviada ao Superior Tribunal de Justiça para julgamento do tema repetitivo 1032, os dados da Agência Nacional de Saúde mostram que o total de internações psiquiátricas correspondia, em 2011, a 0,78% do total dos atendimentos de saúde mental no período (85.194 internações em 10.888.0(milhões de procedimentos de saúde mental). Em 2018, por sua vez, esse percentual foi de 0,79% (196.346 internações em um total de 24.721.201 atendimentos). Pode-se dizer que houve uma tendênc de aumento geral na demanda por serviços de saúde mental no Brasil entre 2011 e 2018, mas estes, proporcionalmente, continuaram sendo uma pequeníssima fração dos demais atendimentos em saúde mental. Ou seja, não há impacto financeiro para as operadoras frente a internações psiquiátricas razão pela qual não se justifica a proposta em questão.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304957	2025-02-03 18:07:00	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304957	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304957	§ 2o Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 5% (cinco por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assisté saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimer eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
304957	A instituição de limites por procedimento é essencial para que os mecanismos financeiros de regulação não funcionem como barreiras ao acesso dos serviç de saúde É preciso ressaltar que os estudos da análise regulatória não demonstram uma relação de causalidade entre a porcentagem de 30% dos fatores moderador e a redução do risco moral. Pelo contrário, a literatura mostra que os mecanismos financeiros de regulação não são instrumentos adequados para tanto. A finalidade é alterar o comportamento dos consumidores a fim de estimular o uso racional, fazendo-os refletir sobre melhores escolhas de saúde. Contudo neste mercado, o usuário não possui o conhecimento técnico sobre quais seriam as escolhas melhores ou mais racionais do uso dos serviços ou mesmo sol suas reais necessidades em saúde. Este conhecimento pertence ao profissional de saúde que o atende. O que ocorre, de fato, é que os fatores moderador fazem com que o consumidor reduza seu uso dos serviços, mas não só aquele “uso irracional” - diminui também a realização de atendimentos necessários Dessa forma, é ineficiente na busca pela redução de desperdícios. A análise regulatória reconhece isso ao citar o estudo RAND HIE, que conclui que “os mecanismos reduziram a utilização dos procedimentos mais e meno efetivos de forma igual”. Ao encarregar ao consumidor - parte mais vulnerável da relação - a tarefa de decidir qual procedimento é ou não necessário, os mecanismos de regulação financeira acabam, necessariamente, produzindo injustiça. Isso porque, conforme conclui o estudo, uma aplicação genérica de custos aos usuários não consegue separar o joio do trigo, ou seja, diferenciar o risco moral do uso necessário. Assim, há, sem dúvidas, efeitos adversos que recaem sobre o consumidor. O usuário passa a ter menos acesso mesmo aos serviços de saúde que precisa gerando efeitos a longo prazo sobre a saúde populacional. O mesmo estudo conclui que “a assistência gratuita (sem incidência do mecanismo) levou a melhora de alguns sintomas mais sérios”, em especial em camadas mais pobres e doentes. No quesito financeiro, os custos transmitidos ao usuário geram cobranças excessivas e inesperadas em seu orçamento, causando situações de endividamer ou, ainda, elevando os índices de judicialização da saúde suplementar. A fim de reduzir tais efeitos adversos, o Idec propõe a redução para um valor módico ao consumidor. O limite estipulado de 30% não apresenta maturidade técnica ou evidências que o justifiquem. Não há estudo que demonstre que a relação entre certo patamar de coparticipação e uma redução do risco moral sendo, portanto, uma escolha arbitrária. O principal argumento apresentado pela Agência, conforme a AIR e a apresentação técnica feita em audiência pública, é o uso mais frequente do mercado porcentagem. Trata-se, portanto, de evidência frágil, uma vez que as práticas consolidadas no mercado não necessariamente são as mais eficientes. Dess forma, considerando os efeitos adversos à saúde do beneficiário, sugere-se um patamar módico de fator moderador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304957	2025-02-03 18:07:00	Órgão de defesa do consumidor
304957	2025-02-03 18:07:00	Órgão de defesa do consumidor
304985	2025-02-04 17:02:35	Órgão de defesa do consumidor

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304957	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
304957	- § 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mecanismos Financeiros de Regulação, além daqueles elencados no Anexo desta norma.	Alteração
304985	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304957	
304957	Parágrafo único: As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isento cobrança de Mecanismos Financeiros de Regulação, sendo vedada a sua cobrança em procedimentos das hipóteses constantes no caput deste artigo inclu lista de isenções editada pela ANS.
304985	Texto proposto: Parágrafo único. A obrigatoriedade ... empresário individual e não impede a venda presencial de planos privados de assistência à saú

Protocolo	Justificativa
304957	Mesmo sendo estipulado o limite de 30%, o artigo permite que tal limite pode ser majorado em até 50% por acordos ou convenções coletivas de trabalho. Isso significa que os beneficiários de contratos coletivos empresariais ainda estarão sujeitos aos altos índices de coparticipação e de exposição financeira. O estudos técnicos da Agência, por outro lado, têm demonstrado que contratos coletivos empresariais não possuem tanto poder de barganha na prática, de modo que estão sujeitos à vulnerabilidade e a dificuldades de negociação igualitária. Cabe lembrar que o limite de 40%, estabelecido à época da RN nº 433/2018, foi duramente criticado não só pelos setores da sociedade, como também judicializado perante o Supremo Tribunal Federal. Por isso, é inadequado prever um limite ainda superior ao de 40%. Além disso, vale a ponderação, ainda que tais acordos não podem contrariar os princípios que permeiam os planos privados de assistência à saúde e não podem submeter os consumidores a percentuais que representam fator severo de acesso aos serviços. Vale considerar, ainda, que tais acordos têm o potencial de diferenciar funcionários ativos e inativos, diferenciação considerada inadequada pelo próprio STJ no julgamento do Tema 1.034. Na ocasião, foi fixada a tese de que “o artigo 31 da Lei 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço – o que inclui, para todo o universo de beneficiário a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição”.
304957	Deve ser adicionada uma disposição que vede, de maneira categórica, a cobrança de mecanismos financeiros aos procedimentos, eventos e tecnologias incluídas na lista de isenções da ANS. Além desta prática ser refutada por sua patente irregularidade, a Agência deve considerar sancionar as empresas qu efetuam cobranças ao arrepio da regulação. Uma sugestão neste sentido será feita adiante.
304985	Para facilitar a compreensão que a obrigatoriedade da venda online de planos de saúde pelas operadoras, permite a venda presencial.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
304988	2025-02-04 17:07:59	Grupo/associação/ organização de pacientes
305022	2025-02-05 00:15:06	Interessados no tema

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
304988	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração
305022	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
304988	Problemas Regulatórios □ Cláusulas de reajuste com soma de fatores, não transparentes, ambíguas, com parâmetros genéricos ou sem relação com os contratos como “fator de confiança” e “margem de segurança” que configuram assimetria de informação entre as partes e consequente desequilíbrio na negociação ou no acompanhamento das causas do índice de reajuste apresentado; □ O reajuste único para contratos com menos de 30 vidas perdeu eficiência a partir de 2016, especialmente quanto aos contratos coletivos por adesão que não guardam relação com o tamanho dos contratos; □ Denúncias e notícias recorrentes sobre rescisão unilateral de contratos coletivos indicam um desequilíbrio na relação entre contratantes e operadoras, especialmente em contratos menores. Reajuste Coletivo Reduzir a assimetria de informação e permitir que os contratantes consigam entender, acompanhar e reproduzir o índice de reajuste apresentado pela contratada possibilitando uma negociação equilibrada entre as partes. Definir parâmetros para cláusulas de reajuste: valor mínimo de sinistralidade (75%) e tipos de índices. Agrupamento de Contratos Incluir toda a carteira coletiva por adesão na regra de agrupamento; Rescisão Contratual Igualar a regra de rescisão de contratos coletivos à regra de rescisão de "contratos MEI";
305022	Retirar a obrigatoriedade eletrônica do plano de saúde direto pelo cliente.

Protocolo	Justificativa
304988	Alternativa Regulatória Sugerida □ A alternativa sugerida é a alternativa 3-3-2. Apresentar parâmetros mínimos obrigatórios para definição das cláusulas e metodologia de reajuste, incluir os contratos coletivos empresariais com menos de 1000 vidas e toda a carteira de adesão e igualar as regras de rescisão dos planos coletivos às regras do MEI. Aprimorar a redação atual da norma visando uniformizar a aplicação de índices de reajuste baseados em meta de sinistralidade de forma complementar. Definição de “índice eleito” no Art. 27 da RN 565/22, inflacionário, único e de fonte imparcial. □ Definição de Índice de Sinistralidade Meta mínimo de 75% para aplicação de reajuste por sinistralidade do contrato ou da carteira; □ Tornar explícita a vedação à acumulação de índices como característica de cláusula abusiva; □ Tornar obrigatória a apresentação da metodologia de cálculo em todos os documentos obrigatórios e na área restrita do contratante e beneficiários nas páginas da internet; □ Tornar explícita a vedação a parâmetros sem metodologia consolidada; □ Alterar a RN nº 557 com as novas regras para agrupamento e rescisão; □ Apresentar informações financeiras periódicas (mensais/semestrais) aos contratantes
305022	O corretor é extremamente importante na assessoria na venda do plano de saúde

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305033	2025-02-05 09:36:23	Entidade representativa de operadoras
305038	2025-02-05 09:59:14	Familiar, amigo ou cuidador de paciente

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305033	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
305038	- § 1º A copar□cipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305033	
305038	

Protocolo	Justificativa
305033	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar-condicionado ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive co criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresariais por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-se que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência d forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultand ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto deve continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligadas com fraudes e prejuízo financeiros.
305038	É inviável o paciente conseguir pagar co participação de medicamentos de alto custo para tratamento de doenças crônicas ou grave que faz com que este paciente não tenha qualidade de vida. como o paciente custea um tratamento elevado? como parar o tratamento por falta de condições financeiras e permite doença agravar. A co participação para medicamentos deve ser excluída

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305075	2025-02-05 14:33:45	Operadora
305075	2025-02-05 14:33:45	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305075	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
305075	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305075	I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, contado a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúd pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e
305075	§ 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financ Regulação incidentes sobre esta última. O presente não se aplica aos planos de assistência à saúde com previsão de copartipação apenas na segmenta ambulatorial, que permanece devida.

Protocolo	Justificativa
305075	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operado atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pa a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” O parâmetro adotado pelo STJ atende a pretensão da ANS de dar transparência e previsibilidade. Contudo, é sabido por todos a insustentabilidade econôm financeira derivada do incremento do custo para atendimento de determinadas terapias. Assim, ainda que seja necessário garantir a transparência para o beneficiário e algum limite de comprometimento econômico para ele, remanesce o problema do alto custo novo para as Operadoras sem contrapartida. Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade do grupo familiar como um to de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior do que o dobro do valor já pago pelo responsável financeiro pelo contrato. A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e cobrança do valor d coparticipação do beneficiários. Em síntese: a proposta atende ao interesse de consumidores, mantém-se em sintonia com a posição do Poder Judiciário e concede para as Operadoras alg limite razoável.
305075	Há contratos que tem previsão do mecanismo financeiro de regulação apenas para segmentação ambulatorial.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305075	2025-02-05 14:33:45	Operadora
305075	2025-02-05 14:33:45	Operadora
305075	2025-02-05 14:33:45	Operadora
305075	2025-02-05 14:33:45	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305075	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
305075	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
305075	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
305075	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305075	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
305075	
305075	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor 18 (dezoito) meses após a sua publicação.
305075	Art. 13. Contratos celebrados antes da vigência desta norma permanecem inalterados. A mudança para as novas regras de Mecanismos Financeiros de Re será possível a pedido do CONTRATANTE, mediante a celebração de um novo contrato, podendo utilizar-se de regras legais como: portabilidade de carên mudança de plano.

Protocolo	Justificativa
305075	A respeito das limitações sobre as coparticipações, destacamos os seguintes impactos: ACESSIBILIDADE: Atualmente, a existência de fator moderador torna o plano de saúde mais acessível, pois a mensalidade fixa mensal tende a ser menor. sua presença, assim, funciona como facilitador de acesso a novos beneficiários em razão do efeito de restringir o comprometimento financeiro fixo mensal pa os mesmos: menor mensalidade. FATOR DE CONTENÇÃO DE CUSTOS: O fator moderador é utilizado como instrumento de negociação para reduzir a aplicação dos percentuais de reajus resultando assim em ganho direto aos beneficiários. UTILIZAÇÃO INDEVIDA, MAIS DESPERDÍCIOS, MENOS AUDITORIA: Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efe contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funcio como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança, c impacto extremamente reduzido. BENEFICIÁRIOS DE BAIXA UTILIZAÇÃO x POLÍTICA DE SUBSÍDIO: Se implementada na forma pretendida o efeito será muito forte para os beneficiário que não utilizam com frequência o plano: terão suas mensalidades agravadas para sustentar os limites impostos e atenuar os maiores utilizadores, gerand efeito nocivo ao mercado. As empresas contratantes (que são as grandes subsidiadoras das mensalidades dos planos de saúde e já estão tendo dificuldad de suportar o impacto do aumento dos reajustes em razão das ampliações consecutivas do Rol de Procedimentos) serão fortemente impactadas com essa mudança. Tenderão as empresas a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o potencial mercad consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será aumento dos custos fixos e redução d população coberta, agravando ainda mais os déficit no sistema público de saúde. Assim, entendemos que os benefícios atuais da coparticipação são muito maiores, que as pequenas distorções que eventualmente existem: o que está possibilitando a atual ampliação da base de clientes no sistema é justamente as mensalidades mais competitivas, que necessitam da participação ativa do seus beneficiários, em especial com o instrumento da coparticipação.
305075	Proposta de exclusão do parágrafo único: Justificativa : Não se trata apenas da adequação da cláusula Mecanismos Financeiros de Regulação, mas outras alterações e impactos no contrato vigent
305075	As mudanças apresentadas pela norma impactam nos processos operacionais da operadora, exigem várias parametrizações e controles que precisam se desenvolvidos, testados e só depois implementados.
305075	Considerando que a adequação às regras desta norma requer várias alterações que impactam no processo operacional da operadora e a administração d contratos com vigências diversas e regras distintas, vai ser exigido um grande esforço da operadora na adequação dos seus sistemas de gestão. O ideal pa operacionalização é ter uma data de corte: planos celebrados a partir da vigência da norma observam a nova regra. Assim o contratante, interessado em adequar o seu contrato às novas regras tem o direito de celebrar uma nova contratação, sem carências e análise de DLP nos termos da legislação vigente

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305075	2025-02-05 14:33:45	Operadora
305075	2025-02-05 14:33:45	Operadora
305075	2025-02-05 14:33:45	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305075	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Alteração
305075	- § 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I do caput deste ar□go será aferido proporcionalmente, mul□plicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Exclusão
305075	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305075	§ 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal, bem como data de execução do procedimento nos últ meses.
305075	
305075	II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 100% (cem por centro) do valor da contrapresta pecuniária base mensal da soma das mensalidades devidas pelo grupo familiar.

Protocolo	Justificativa
305075	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação do beneficiários.
305075	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe u período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor d coparticipação do beneficiários.
305075	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo grupo familiar, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operador atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pa a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titula mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mens realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305075	2025-02-05 14:33:45	Operadora
305075	2025-02-05 14:33:45	Operadora
305075	2025-02-05 14:33:45	Operadora
305075	2025-02-05 14:33:45	Operadora
305076	2025-02-05 14:39:08	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305075	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
305075	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
305075	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão
305075	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
305076	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305075	
305075	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e
305075	
305075	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos priva assistência à saúde e sua rede credenciada (direta e indireta), referenciada ou cooperada.
305076	Art. 2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.

Protocolo	Justificativa
305075	Solicitamos a exclusão da lista de isenções proposta, considerando os significativos impactos econômico-financeiros que ela pode gerar para as Operadora de Planos de Saúde. No caso das Cooperativas Médicas Unimeds de Santa Catarina, projeta-se um aumento substancial no custo líquido, decorrente da lis de isenções sugerida pela CP 145. Esse impacto será um aumento de 2,47% no custo líquido total das Operadoras, o que equivale a R$ 96,1 milhões, mais 40% do resultado líquido acumulado pelas Operadoras de Santa Catarina de janeiro/24 a setembro/24. A recomendação anual de consultas médicas divulgada pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002 é de três consultas médicas ao ar ou seja, estão sendo propostas isenções superiores ao que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. Estimamos que apenas as isenções de coparticipação propostas na Consulta Pública nº 145, aumentará o preço dos nossos planos atualmente vendidos e quase 10%, sem considerar os percentuais de redução e limites financeiros de exposição ainda propostos na referida consulta pública. Destacamos a preocupação com a manutenção da lista de isenções, que, à medida que for atualizada, poderá gerar impactos ainda mais expressivos para operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor. Em síntese, a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação inegavelmente trará incremento de custos redistribuídos para aqueles que não são os usuários diretamente envolvidos no atendimento assistencial em questão. Os reflexos negativos são diversos com risco de desequilíbrio derivado da benes
305075	O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores.
305075	Proposta de Exclusão do anexo conforme art. 3º Justificativa: conforme art. 3º
305075	Os valores praticados na rede indireta, via intercâmbio ou contrato de reciprocidade, não são os mesmos praticados pela operadora na sua rede direta, sen relevante que haja previsão de que estes valores integrem a tabela de referência de coparticipação.
305076	Apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparenta sef forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contratação esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve s tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operação é maior. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos de fraude na toada do qu vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaçã obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital como fator importante; contudo, a sua adoção deve se dar de forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente o Princípio Constitucion da Livre Iniciativa.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305076	2025-02-05 14:39:08	Operadora
305077	2025-02-05 14:43:03	Operadora
305078	2025-02-05 14:54:32	Operadora
305078	2025-02-05 14:54:32	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305076	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
305077	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
305078	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
305078	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305076	Parágrafo Único. As Operadoras que pretendem aprovação da revisão técnica estabelecida pela ANS estão obrigadas a oferecer a contratação eletrônica de de contratação individual ou familiar.
305077	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
305078	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento de contratos, para o cálculo do percentual de reaju será aplicado, conforme o seu porte, na proporção abaixo: I - Operadora de Pequeno Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 30 vidas; II – Operadora de Médio Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 60 vidas; III – Operadora de Grande Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 100 vidas;
305078	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamen contratos terá limite de meta por porte da operadora: a) 75% Operadora de Grande Porte b) 72% Operadora de Médio Porte c) 70% Operadora de Pequeno porte

Protocolo	Justificativa
305076	Obrigar a contratação eletrônica é um risco a fraude e não resolverá a déficit da carteira do plano individual ou familiar. Obrigar a contratação eletrônica do plano coletivo por adesão por entidades sujeitas ao artigo 15 da RN 557 por meio de venda online para este público também estimulará as fraudes. Da mesma forma ocorrerá na contratação do plano coletivo empresarial por empresário individual sujeito ao artigo 9 da RN 557, que, na qualidade de PJ possui elegibilidade para contratação do plano coletivo, mas é dotado de privilégios de uma pessoa física. Ambas são contratações que requerem cuidado extra, análise de elegibilidade e legalidade, inviabilizando a contratação no processo online, pois a adesão dos beneficiários ao plano contratado dependerá da análise de elegibilidade da Contratante e aprovação pela Operadora. Nenhum beneficiário pode aderir ao contrato, cuja a pessoa jurídica não tenha sido aprovada previamente pela operadora nos termos exigidos pela ANS na RN 557. Os atuais critérios estabelecidos na RN 413 não são condizentes com a contratação de plano coletivo. Mesmo que ocorram ajustes, a ANS vai imputar novos custos para a Operadora para manter e disponibilizar uma estrutura para realização de entrevista qualificada presencial e aplicação obrigatória de perícia médica em cidad diversas. Se mantida como obrigatória a venda do plano individual/familiar online, há necessidade da ANS conceder um prazo de 18 meses para que as Operadoras definam os ajustes necessários e contratação de uma solução tecnológica que atenda a norma. O art. 19 necessitará de alteração: “Art. 19. As alterações d referida norma entram em vigor 18 meses após a data de sua publicação
305077	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúd coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Acrescentemos, por fim, que a previsão do prazo de 60 dias como está no parágrafo é inviável na prática: as negociações para o reajuste precisam basear-em um histórico da sinistralidade e demandam reuniões e avaliações do contratante e da Operadora, diversas.
305078	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.
305078	O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despes não assistenciais nestas operadoras são maiores. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Esclarecemos q os parâmetros aqui sugeridos presumem a manutenção dos índices de correção inflacionário e de sinistralidade separadamente como apontamos na sugest de exclusão do inciso V do artigo 7º .

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305078	2025-02-05 14:54:32	Operadora
305078	2025-02-05 14:54:32	Operadora
305078	2025-02-05 14:54:32	Operadora
305078	2025-02-05 14:54:32	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305078	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
305078	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
305078	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
305078	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305078	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantida beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se a soma do r de beneficiários das contratantes for maior que o limite para a formação do agrupamento.
305078	
305078	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos além dos referidos nos incisos acima, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada par formação do agrupamento.
305078	IV – Excepcionalmente no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as de assistenciais, acrescida da variação da PEONA e das receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apura reajuste;

Protocolo	Justificativa
305078	Considerando que a negociação, contratação do plano parte de um preço único previamente acordado entre a Operadora de planos de saúde e administrad de benefício, não faz sentido para as contratantes, a depender da soma do seu número de beneficiários, receberem um reajuste diferente. Isso importará e diferentes tabelas de preços para adesão de novos beneficiários, bem como novas contratantes.
305078	Proposta de Exclusão: Inciso V e alíneas “a” e “b”. Justificativa: Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionária da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais.
305078	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.
305078	No primeiro ano os contratos tem o maior impacto da constituição da PEONA, por isso a operadora sugere a alteração no inciso IV.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305067	2025-02-05 15:33:26	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305067	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305067	

Protocolo	Justificativa
305067	Solicito que reconsiderem a inclusão do Art. 2º que torna obrigatório a venda de planos individuais, coletivos por adesão e empresas individuais, online, sem presença do corretor (Alternativa 01 do Relatório de Análise de Impacto). Os argumentos apresentados nos impactos de vantagens são frágeis em relação desvantagens, com o argumento de que reduziria os custos, aumentaria a oferta e eliminaria a seleção de riscos. Contratar um plano de saúde envolve muitas regras, normativas, condições gerais, ou seja, uma consultoria minuciosa feita pelo corretor, profissional que s atualiza diariamente para, através da consultoria identificar, entre as muitas opções, a melhor solução para seu cliente. E muitos associados, inclusive idoso não tem conhecimento de internet, onde geralmente recorrem ao corretor para auxiliá-los, até mesmo no pós-venda. Mesmo no plano individual, há produto distintos em coberturas, abrangência, aproveitamento de carências ou direito a portabilidade, onde muito dos clientes não tem informação e nem consegue fazer a portabilidade devido à complexidade do processo. Nos planos coletivos por adesão, além da figura da operadora, há também a entidade de classe limitando o acesso a clientes eletivos às entidades e, por último, a administradora de benefícios e é o corretor quem explica esta distinção de formas de contratar. Nas desvantagens onde cita "Necessidade de treinamento e adaptação da atividade de corretagem" fica bastante vago, levando em consideração que há to uma cadeia formada por aproximadamente duzentos mil corretores e centenas de plataformas, totalizando milhares de colaboradores em todo o país, onde impactará profundamente na perca de trabalho de pais e mães de família. A obrigatoriedade da venda eletrônica, não reduzirá os custos dos planos porque são os corretores que estão na linha de frente, investindo na captação de clientes, dando consultorias e entregando às operadoras vendas conscientes. Algumas operadoras já dispõem como alternativa a venda direta online. Por s tratar de uma transação complexa, essa opção não oferece resultado ao menos razoável. Não mitigará a seleção de riscos. As operadoras já oferecem na contratação a opção do preenchimento da declaração de saúde orientando por médico próprio ou particular e não extingue a recusa por parte da operadora alegando está fora das regras comerciais. Propostas aceitas, algumas se tornam administrativas, onde o corretor não recebe pelo trabalho realizado ou ter sua comissão estornada por causa do cancelamento por parte do cliente antes dos 12 meses que é a vigência mínima do contrato. Diante do apresentado aqui, extinguir a figura do corretor na contratação do plano de plano de saúde não é uma solução viável, obrigando as operadoras a venderem compulsoriamente no sistema eletrônico (online). Além do que já foi aqui explanado como função do corretor/ intermediário, é importante destaca continuidade do trabalho de consultoria iniciado no contato com o cliente que se estende enquanto o contrato estiver ativo, auxiliando nas dúvidas e demand administrativas causadas pelas as falhas de atendimento por parte das operadoras que aparecem durante a vigência. Na adimplência das mensalidades d plano, porque se o cliente não paga o corretor não recebe a comissão. Acredito que os quatro temas apresentados são bastante complexos para serem debatidos numa única RN e num período tão curto, onde leva-se em

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305083	2025-02-05 16:52:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305083	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305083	

Protocolo	Justificativa
305083	V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III) Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todo que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico- financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico- financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, c reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre os custos com a assistência médica as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operadoras ajustarem os valores cobrados d beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por s vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com a inflação, cumprindo o princípio atuarial "preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)". Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizações no Rol de Procedimentos e a introduç de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolherem entre ajustar os preços com base na inflação geral ou cor base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. Ao se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessár correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índi de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulação de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada de variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contrato bem como elitiza ainda mais o valor da mensalidade do plano de saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa suprir, além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais e outr fornecedores da operadora, os impactos das novas coberturas decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos que são aprovadas durante a execuçã

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305083	2025-02-05 16:52:18	Operadora
305083	2025-02-05 16:52:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305083	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
305083	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305083	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a s considerada para a formação do agrupamento.
305083	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze m consecutivos;

Protocolo	Justificativa
305083	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de ris e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vic condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
305083	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionár da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômic financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figu jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada/Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração do índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pelas operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálculo utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entrada para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços p contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento do agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar u aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala que os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução d número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde pública e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305083	2025-02-05 16:52:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305083	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305083	

Protocolo	Justificativa
305083	Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberda econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecer o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima 25%, sendo 85% de pequeno porte, 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero o negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado no ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despes não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. Este patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) onde a sinistralidade meta corresponde a (1 – C), senc “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cad operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabelecidas na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá te despesa não assistencial diferente uma da outra. Deste modo, não deve ser previamente estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de um sinistralidade meta mínima não se justifica. Tal medida limitaria a liberdade econômica das operadoras, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305083	2025-02-05 16:52:18	Operadora
305083	2025-02-05 16:52:18	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305083	- II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
305083	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305083	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a prevista no parágrafo único deste artigo;”(NR)
305083	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas. § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento.

Protocolo	Justificativa
305083	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representam apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vic condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
305083	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vic condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305083	2025-02-05 16:52:18	Operadora
305083	2025-02-05 16:52:18	Operadora
305101	2025-02-05 17:07:35	Paciente

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305083	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
305083	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305101	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305083	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
305083	
305101	

Protocolo	Justificativa
305083	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência qu ANS não deveria interferir. Em casos excepcionais como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratar ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo de 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez que a operadora terá que espe dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando a liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situações de alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.
305083	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade existência da administradora de benefícios.
305101	É importante que mantenha o corretor no ato da contratação, para auxiliar a compreender todos os tópicos, principalmente a entender a parte técnica relacionado a contratação e ao tipo de plano que melhor atenda a nós pacientes e no preenchimento da declaração de saúde. Esse profissional é extremamente necessário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305110	2025-02-05 17:58:43	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305110	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305110	

Protocolo	Justificativa
305110	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, nomáximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvênc de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade isenções. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305110	2025-02-05 17:58:43	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305110	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305110	

Protocolo	Justificativa
305110	"I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e" Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e qua ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviá para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações da coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305110	2025-02-05 17:58:43	Operadora
305110	2025-02-05 17:58:43	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305110	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
305110	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305110	
305110	

Protocolo	Justificativa
305110	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário d contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.
305110	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305110	2025-02-05 17:58:43	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305110	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305110	

Protocolo	Justificativa
305110	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a deman no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, poi induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e p consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contrat em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/ano. Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a propos vai contra o risco moral exposto pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação perda). Da mesma forma, sobre a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando o impacto de todas as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕE, ao comparar o resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positiv de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Esti se que a sinistralidade aumente em 7,5 pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verifica- se que a manutenção da regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilizaçã dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades e 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305110	2025-02-05 17:58:43	Operadora
305169	2025-02-06 09:09:33	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305110	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
305169	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305110	
305169	

Protocolo	Justificativa
305110	“II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestaçã pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.” Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, nomáximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e qua ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviáv para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações d
305169	O intermediário é essencial para a assessoria entre o beneficiário e a operadora de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305172	2025-02-06 09:14:48	Consultoria
305194	2025-02-06 10:02:52	Operadora
305194	2025-02-06 10:02:52	Operadora
305194	2025-02-06 10:02:52	Operadora
305194	2025-02-06 10:02:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305172	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305194	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
305194	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
305194	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
305194	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305172	
305194	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.
305194	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
305194	
305194	

Protocolo	Justificativa
305172	O intermediário é essencial para assessoria entre o beneficiário e a operadora de saúde.
305194	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sob Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde.
305194	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.
305194	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo levar a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.
305194	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de Escolher a modalidade plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de Compromisso/declaração que a operado comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajuste não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305194	2025-02-06 10:02:52	Operadora
305194	2025-02-06 10:02:52	Operadora
305194	2025-02-06 10:02:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305194	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
305194	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
305194	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305194	
305194	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat
305194	

Protocolo	Justificativa
305194	Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, p meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formaç inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. Há um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS depender do mercado de atuação da operadora, região com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos viola princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigor contratos em que as contraprestações não são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à le à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após concessão da Revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessá definir o que seria o termo “continuada”.
305194	É fundamental que o Instrumento de Revisão Técnica também considere os “planos não regulamentados”. É sabido pelo Órgão Regulador que muitas Operadoras de Planos de Saúde ainda gerenciam o risco de subscrição de mútuos com tais características, desbravando desafios como a insuficiência de receita de contraprestação, o envelhecimento populacional da massa segurada e o consequente aumento dos custos assistenciais. Este cenário implica na sobreposição das despesas assistenciais em face das receitas percebidas, gerando prejuízos econômicos significativos e resultando na necessidade de subsídios cruzados entre planos regulamentados para manutenção de planos antigos. Ato contínuo, para ilustrar essa realidade, a Cooperativa Médica Unim Sergipe possui aproximadamente 64% da sua carteira composta por planos individuais e/ou familiares. Dentro desse universo populacional, 4,5 pontos percentuais (cerca de 3.800 vidas) correspondem a Planos não Regulamentados, cuja idade média é de 56 anos. Além disso, 51% dessas vidas estão na última faixa etária regulamentar (59 anos ou mais). Por fim, se o Instrumento de Revisão Técnica não contemplar essa realidade mutualística, operadoras como a Unimed Sergipe — e tantas outras que atendem populações com esse perfil de risco — continuarão enfrentando altos índices de sinistralidade; sem um reajuste técnico adequado, a sustentabilidade atuarial dessas carteiras permanecerá comprometida, impactando diretamente a qualidade e continuidade atendimento desta população e a geração de resultados positivos de planos regulamentados.
305194	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305194	2025-02-06 10:02:52	Operadora
305194	2025-02-06 10:02:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305194	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
305194	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305194	
305194	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica no âmbitoda Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
305194	Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrante do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/24, muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério d elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemente superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivo acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo d regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da propo apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico financeiros que ameacem sua solvência), sinistralidade do tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão mais elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhum dos períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre em decorrência do financiamento dos planos coletivos Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a oferta desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, a demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos. Se manter o critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operadora apresentará. Ademais é importante destacar que, às Agências Reguladoras, não é permitida a criação de leis ou mesmo a inovação daquilo que o legislador definiu. Nes sentido, veja que art. 4º, XVII, da Lei nº 9961/2000 e o art. 16, XI, da Lei nº 9.656/98, estabelecem a viabilidade de revisão técnica, entretanto, não inclui requisitos dos quais a norma pretende criar. Portanto, a inclusão dos critérios de elegibilidade/contrapartidas trata-se de uma inovaçã legal e vai além do que o legislador pretendeu ao dispor do tema conforme referidos dispositivos. Aliás, no que tange à demonstração de desequilíbrio da carteira de planos individuais, já que a ANS entende a meta de sinistralidade de 75% é suficiente para fins de cálculo do reajuste do plano coletivo, entende-se que o mesmo indicador poderia ser um parâmetro para concessão da revisão técnica nos planos individuais. Ou seja, ultrapassada essa meta, seria possíve concessão da revisão técnica.
305194	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305174	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, dis□ntos e escalonados por grupos de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes.	Alteração
305174	- § 2º Para indicação do prestador de serviços de saúde, conforme previsto no caput e no § 1º deste ar□go, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá observar o norma□vo específico que dispõe sobre a garan□a de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximos para atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos listados no Anexo desta norma.	Alteração
305174	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Exclusão
305174	- § 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão copar□cipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305174	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, distintos e escalonados por de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes, ou por tipo de rede utilizada (se própria, credenciada diretamente ou credenciada indireta
305174	§ 2º Para indicação do prestador de serviços de saúde, conforme previsto no caput e no § 1º deste artigo, a operadora de planos privados de assistência à deverá observar o normativo específico que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximo atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos que serão isentos da cobrança Mecanismos Financeiros de Regulação.
305174	
305174	

Protocolo	Justificativa
305174	"A gestão de custos é extremamente importante para a sustentabilidade de um plano, sendo que esta gestão passa diretamente pela utilização de diferente tipos de rede de atendimento. Nesta perspectiva, o direcionamento financeiro tem sido amplamente utilizado no mercado e tem maior índice de sucesso co menor índice de reclamação de beneficiários que o direcionamento de acesso. Lado outro, importante deixar claro no texto que eventual diferença de valores cobrados em razão das diferenças de remuneração de prestadores, nos cas em que os mecanismos financeiros são previstos em percentual do custo do procedimento, não caracterizam diferenciação dos mecanismos por prestado não havendo ofensa a regulação em vigor. Sugere: “§1º-A Nos casos em que mecanismos financeiros forem estabelecidos em percentual sobre o custo real procedimento, eventual diferença de valores cobrada em decorrência da diferença de remuneração de cada prestador, não se caracterização fixação de mecanismos financeiros diferentes por prestador”."
305174	Adequar o texto considerando que a regulamentação permite a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação que não estão contemplados no anexo desta resolução. Ademais a adequação visa o alinhamento com a proposta de exclusão do caput atual do art. 3º, considerando que a ANS reconhece no A do tema que “(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimentos específicos”.
305174	Essa regra desestimula a adoção de direcionamento de atendimento, sem nenhum AIR que indique ser necessário esse impedimento.
305174	"Há necessidade do beneficiário ter acesso às informações sobre os procedimentos que terão coparticipação, porém listá-los individualmente no contrato apenas tornará o documento volumoso, sem benefício ou facilidade de consulta. Além disso, dado que há revisão do rol frequentemente, com incorporação automática nos produtos, a listagem dentro do contrato torna-se obsoleta em pou tempo após a sua celebração, assim, o que seria transparência, acaba não servindo para consulta no dia a dia, além de poder gerar interpretações equivocadas pelo beneficiário/judiciário, tendo em vista que existem alguns procedimentos que possuem o mesmo código TUSS, mas que com uma diretriz coberta pelo rol de procedimentos e por outra diretriz não possui cobertura."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305174	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Exclusão
305174	- § 7º O limite previsto no § 2º deste ar□go não se aplica aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento.	Alteração
305174	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305174	
305174	§ 7º O limite previsto no § 2º deste artigo não se aplica aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norm 59, de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento, e para as operador classificadas na modalidade de autogestões.
305174	§ 8º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores base de remuneração praticados entre a operadora de pla privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, ainda que existam remunerações distintas em face das negociaçõ individuais com cada prestador.

Protocolo	Justificativa
305174	"Não há um índice único negociado com os prestadores que permita a adoção dessa regra. Lado outro, este normativo já dispõe no inciso IV, do art. 6º, que critérios de reajuste dos mecanismos financeiros devem estar previstos no contrato do plano, deixando claro se tratar de uma condição comercial que dev ficar a cargo das Operadoras estabelecerem as regras deste reajuste, o que conflita com esta disposição. As operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociação junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índice global de aplicação. Além disso, a coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusive, essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidade mais acessíveis, o que hoje é admitido na regulamentação, inclusive com previsão no RPC. Dessa forma, limitar o reajuste da coparticipação ao índice aplicado junto aos prestadores de serviço, principalmente nas negociações de contratos coletivo com empregadores, irá trazer um impacto negativo para o reajuste dos beneficiários pelos fatos mencionados anteriormente."
305174	"As autogestões já possuem características diferenciadas do mercado, inclusive com regras definidas exclusivamente a elas na RN nº 137/06. Tal normativ está inclusive passando por uma revisão por parte da ANS. Além disso, as autogestões já possuem um perfil muito mais mutualista e social quando compara às operadoras de mercado, sendo, inclusive, a modalidade de operadora que possui perfil etário de beneficiários mais envelhecido, ou seja, já é uma característica dessa modalidade apresentar maior perfil de solidariedade. Entretanto, a inserção dessa modalidade de operadora nas regras de limitação do reajuste mínimo na regra de coparticipação, em iguais condições ao mercado de saúde suplementar, fará com que o próprio grupo deixe de ter poder decisório sobre a gestão do plano de saúde. Melhor explicando, no caso das autogestões o reajuste não é imputado pela OPS à pessoa jurídica contratante, e, por consequência, aos beneficiários. Pel contrário, nessa modalidade, tanto a patrocinadora quanto os beneficiários compõem os órgãos deliberativos, com o poder de aprovar ou não os reajustes apurados, outro item fundamental que demonstra a necessidade de suas regras serem tratadas exclusivamente na mudança prevista para a RN nº 137/06 Em virtude de todo o exposto, solicitamos que as autogestões sejam excluídas desse item da norma, e suas regras sejam tratadas exclusivamente no movimento já realizado pela ANS para fins de alteração da RN nº 137/06."
305174	Considerando que a remuneração de cada prestador é definida mediante negociação específica com o respectivo prestador, não havendo uma tabela única remuneração, apenas uma tabela base utilizada para início das negociações.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305174	- Art. 37 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração
305174	- Art. 27 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305174	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos por adesão agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais, ambos com menos de mil beneficiários, para o cálculo do percentual de reajuste que aplicado a esses agrupamentos. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)
305174	"Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste: I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; (Incluído pela Resolução Normativa XX, de 20XX) III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da c terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à da de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; (Renumerado do inciso II pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade será apurada tomando por base a proporção entre as de assistenciais líquidas de coparticipação e as receitas de contraprestações deduzidas dos tributos diretos, verificados no período de meses vigentes do contra mês de apuração do reajuste definido no inciso I-b deste artigo; V - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamer contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento), exceto para as entidades de autogestão."

Protocolo	Justificativa
305174	O perfil de utilização dos beneficiários observado em contratos coletivos empresariais e coletivos por adesão são significativamente diferentes. Tal impacto e pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contratos com até mil vida apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos coletivos empresariais, que, em regra geral, apresentam reajuste inferiores.
305174	"1) Sobre a meta de sinistralidade: A meta de sinistralidade avaliada pela ANS levou em conta a média do mercado, sem avaliar a RN 548/22 quanto ao AIR ser apurado por: porte, modalidade tipo de atenção. Quando se verifica OPS de pequeno porte, é comum que apenas as despesas não assistenciais (administrativas e operacionais), sejam superiores a 25% Da mesma forma, operadora que atua basicamente com planos ambulatoriais, mesmo quando tem médio porte, suas despesas não assistenciais podem ultrapassar 25%. Temos que considerar que, em alguns casos existe a necessidade de recompor inclusive Capital Social para atendimento aos normativos da ANS. Como n ambiente de autogestão, tanto a patrocinadora quanto os beneficiários compõem os órgãos deliberativos, com o poder de aprovar ou não os reajustes apurados, devem ter total liberdade para propor o que for melhor para a solvência da OPS. Por fim, as autogestões já possuem características diferenciadas do mercado, inclusive com regras definidas exclusivamente a elas na RN nº 137/06. Tal normativo está inclusive passando por uma revisão por parte da ANS, ambiente mais adequado para tratar do tema. 2-) Sobre o índice de sinistralidade: Tendo em vista que não existe a nomenclatura receita direta do plano nos demonstrativos contábeis e, para não gerar dúvidas sobre a forma de apuração d sinistralidade, sugere-se com esse novo texto melhor detalhar quais são as despesas assistenciais a serem verificadas e as receitas de contraprestações co a devida dedução do imposto direto (que atualmente tem previsão no plano de contas da ANS, conta 32). 3-) Sobre a acumulação de índice, propôs a exclusão em razão de: Quando da apuração da necessidade de aplicação de um reajuste na mensalidade de um determinado plano, espera-se que ele seja suficiente para equilibr a situação econômico-financeira para os 12 meses futuros. Quando da vedação da aplicação de reajuste por sinistralidade conjugada com um reajuste financeiro (índice de preço), significa que a ANS está pensand

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305174	- Art. 38. Ressalvada a hipótese prevista no art. 39, a operadora, após a apuração da quan□dade de beneficiários prevista no art. 40, calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.	Alteração
305174	- § 1º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, a franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go será aferida proporcionalmente, considerando-se o número de meses restantes até o aniversário ou renovação subsequente do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Alteração
305174	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
305174	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305174	Art. 38. Ressalvada a hipótese prevista no art. 39, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista no art. 40, calculará um percentu reajuste com todos os seus contratos coletivos por adesão e outro percentual com todos os seus contratos coletivos empresariais, que deverá ser aplicad todo o agrupamento dos seus contratos.
305174	§ 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrat
305174	"Art. 13 (...) Parágrafo único. Fica assegurada a manutenção dos contratos originais celebrados antes da vigência desta norma, com suas respectivas regras. A renova contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que dis sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação por meio de aditivo contratual correspondente."
305174	"Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respectivos contratos, regulamentos ou instrumentos congê ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os isentos de incidência e cobrança; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais distinções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos meca financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto no art. 7º desta Resolução Normativa; III - os limites de exposição financeira; e IV - os critérios de reajuste dos valores devidos a título de Mecanismos Financeiros de Regulação, se houver."

Protocolo	Justificativa
305174	O perfil de utilização dos beneficiários observado em contratos coletivos empresariais e coletivos por adesão são significativamente diferentes. Tal impacto é pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contratos com até mil vida apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos coletivos empresariais, que, em regra geral, apresentam reajuste inferiores , como pode ser visto no próprio painel dinâmico de reajuste de coletivos da ANS.
305174	Alteração referente ao §7º, mas como não há item de contribuição para o §7º, foi utilizado outro § para apresentar a contribuição. Sendo assim, sugere-se alteração do §7º uma vez que a franquia é uma ferramenta que poderá ser utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras pa minimizar os preços propostos, ou seja, a pessoa jurídica contratante e a operadora poderão chegar a um acordo para amenizar os reajustes das contraprestações, através da alteração do valor da franquia.
305174	Dar clareza a manutenção dos contratos celebrados antes da vigência do normativo em respeito ao ato jurídico perfeito.
305174	Adequação da redação para as demais proposições realizadas nos demais artigos e que influenciam nessa redação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305174	- Art. 39. O agrupamento de contratos cole□vos de que trata o art. 37 desta Resolução poderá ser desmembrado em até três subagrupamentos, separados pelo □po de cobertura, que é definido de acordo com a segmentação assistencial do plano ao qual o contrato está vinculado, da seguinte forma: I - sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial "ambulatorial" e "ambulatorial + odontológico";	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305174	"Art. 39. Os dois agrupamentos de contratos coletivos de que trata o art. 37 desta Resolução poderá ser desmembrado em subagrupamentos e suas combi da seguinte forma : (...) IV – Planos com e sem Atenção Primária à Saúde; V – Planos com e sem previsão de fator moderador financeiro. § 1º Caso a operadora de planos privados de assistência à saúde opte pelo desmembramento, poderá ocorrer a aplicação de percentuais de reajuste dife dentro do mesmo contrato coletivo, de acordo com o número de subagrupamentos e suas combinações . § 2º A quantidade de percentuais de reajuste diferentes aplicados com base no § 1º deste artigo deverá guardar relação com a quantidade de subagrupam suas combinações, que deverá estar expressamente estabelecida no contrato coletivo, e sua alteração somente poderá ocorrer mediante aditamento dos co

Protocolo	Justificativa
305174	"Alteração do art. 39 para inclusão do subgrupo “Com e Sem Atenção Primária à Saúde”: Considerando que os custos assistenciais vêm apresentando ur crescimento real significativo nos últimos anos, e esse crescimento tende a ser continuado em função do desenvolvimento de novos tratamentos e novas tecnologias, uma das principais formas de tentar reduzir esse crescimento dos custos assistenciais, e manter um plano de saúde mais acessível aos beneficiários é a instituição de planos com Atenção Primária à Saúde – APS. A ANS inclusive busca incentivar as OPS na criação desses planos, por exemplo, por meio da instituição de pontuação base na dimensão “Qualidade em Atenção à Saúde”, no Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar – IDSS. Espera-se que o comportamento dos custos assistenciais desses planos seja diferente dos demais planos que não possuem APS, e, por consequência, os seus reajustes sejam menores. A inclusão desses planos no agrupamento do contrato irá contra todos os esforços da OPS e da própria ANS, uma vez que os reajustes serão contaminado pelo crescimento dos demais planos. Para inclusão do subgrupo “Com e Sem Fator Moderador Financeiro”: É sabido que planos sem fator moderador financeiro possuem frequência de utilizaç muito superior aos planos que possuem esse mecanismo. Tal impacto era pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contrato com até mil vidas a apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos com previsão de coparticipação/franquia, qu em regra geral, apresentam reajustes inferiores. "

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305174	- Art. 2º da RN nº 413, de 2016	Alteração
305174	- Art. 7º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 29 desta resolução será considerada a totalidade de participantes eventualmente já	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305174	É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
305174	Art. 7º. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a mil beneficiários não poderá haver cláu agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doença ou lesão preexistente, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta d celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Protocolo	Justificativa
305174	"Manter a redação original: “É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.” Ofertar planos de saúde em plataforma digital possui impactos financeiros diretos que não foram apurados no AIR (criação, desenvolvimento, manutenção d plataforma e sistemas), além de impactos operacionais na revisão de fluxos e integração com os parceiros que comercializam esses tipos de produtos. Essa situação é ainda mais gravosa quando não se verifica avaliação por porte, classificação e tipo de atenção, pois certamente os problemas regulatórios s diferentes. A título exemplificativo, o AIR disponível no site sobre o tema vincula a obrigatoriedade da oferta online ao combate à seleção de risco. Ocorre q na modalidade de planos odontológicos, por exemplo, não há queixas de seleção de risco e tampouco ausência de ofertas de planos individuais. Do mesm modo, as entidades de autogestão concentram o maior número de idosos, também não parecendo fazer sentido falar de seleção de risco. Portanto, sem o avanço do AIR dentro dos parâmetros definidos na RN 548 (porte, classificação e tipos de atenção), sugere-se manter a redação atual no qual é facultativa oferta da venda on-line. Ademais, um dos requisitos para o ato administrativo válido é a motivação e a adequação ao interesse público. Além disso, segundo a Lei de Liberdade Econômica, o aumento de custos sem demonstração de benefícios é considerado abuso do poder regulatório. Segundo reconhece o próprio AIR, uma das desvantagens da proposta é que ela aumentará os custos das operadoras. Nesses termos, por imposição legal, seria preciso demonstrar os benefícios que medida acarretaria. Os benefícios, porém, devem ser concretos e não abstratos, baseados em evidências robustas, em problemas regulatórios incontestáve ou outros fatores. Contudo, os supostos ganhos apontados pela ANS não se qualificam como aptos a justificar a medida e o acréscimo de custos. Descreve a ANS, por exemplo, que haveria aumento da transparência, fortalecimento do arcabouço regulatório e diminuição da judicialização. Contudo, ess aspectos não são impactados de maneira positiva em razão, apenas, de ser on line a contratação. Afirma ainda a ANS que será aumentada a concorrência mercado, permitindo que os consumidores comparem facilmente todas as opções disponíveis. A comparação das condições de aquisição de um plano de saúde, porém, se faz em momento pré contratação. Assim, não se sustenta a lógica estabelecida. Menciona a ANS, por fim, que a medida poderia evitar a seleção adversa. Contudo, o risco sobre isso permanece, a despeito da forma de acesso ao plano, e a seleção adversa deve permanecer sendo monitorad pela ANS."
305174	Mudar a apuração de carência e CPT conforme o limite de vidas do pool de risco, pois a regra de carência influencia no risco do contrato a integrar o pool

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305174	- Art. 35. Os contratos de planos privados de assistência à saúde cole□vos empresariais e por adesão, firmados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, deverão conter cláusula de reajuste que observa a metodologia do agrupamento de contratos estabelecida nesta Resolução. Parágrafo único. O agrupamento de contratos não se aplica: I - aos planos privados de assistência à saúde exclusivamente odontológicos; II - aos contratos de plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demi□dos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, de que trata o art. 17 da Resolução Norma□va nº 488, de 29 de março de 2022, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; e	Inclusão
305174	- Art. 6º No plano privado de assistência à saúde cole□vo empresarial com número de par□cipantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato cole□vo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do ar□go 29 desta resolução será considerada a totalidade de par□cipantes eventualmente já	Alteração
305174	- § 1º Nos casos do inciso I do caput deste ar□go, poderão ser cobrados valores dis□ntos a depender da complexidade do atendimento realizado, bem como do atendimento realizado por médico generalista daquele atendimento realizado por médico especialista, conforme previsto em contrato.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305174	"Art. 35 (...) IV – às operadoras de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão."
305174	Art. 6º. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a mil beneficiários não poderá ser exig cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de vinculação a pessoa jurídica contratante.
305174	

Protocolo	Justificativa
305174	"Inclusão do Inciso IV no artigo 35: ""IV – às operadoras de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão."" As autogestões já possuem características diferenciadas do mercado, inclusive com regras definidas exclusivamente a elas na RN nº 137/06. Tal normativ está inclusive passando por uma revisão por parte da ANS. Além disso, as autogestões já possuem um perfil muito mais mutualista e social quando compara às operadoras de mercado, sendo, inclusive, a modalidade de operadora que possui perfil etário de beneficiários mais envelhecido, ou seja, já é uma característica dessa modalidade apresentar maior perfil de solidariedade. Entretanto, a inserção dessa modalidade de operadora nas regras de agrupamento dos contratos, em iguais condições ao mercado de saúde suplementar poderá ocasionar o efeito contrário, sendo realizado o agrupamento de forma desfavorável. Importante destacar ainda, que, no caso das autogestões o reajuste não é imputado pela OPS à pessoa jurídica contratante, e, por consequência, aos beneficiários. Pelo contrário, nessa modalidade, tanto a patrocinadora quanto os beneficiários compõem os órgãos deliberativos, com o poder de aprovar o não os reajustes apurados, outro item fundamental que demonstra a necessidade de suas regras serem tratadas exclusivamente na mudança prevista para a RN nº 137/06. Outro exemplo da necessidade de exclusão das autogestões dessa seção é que, em muitos casos, elas possuem apenas 1 patrocinadora, além da própria autogestão, ou seja, um contrato para os empregados da patrocinadora e outro para os seus próprios empregados. Como a grande maioria das autogestõe não possuem mais de 1000 vidas vinculadas ao seu quadro funcional, quase todas se enquadrariam no pool, perdendo a possibilidade de aplicar reajuste diferente para planos com características distintas, como exemplo: planos com e sem coparticipação, com padrão de acomodação em enfermaria e apartamento, com ou sem Atenção Primária à Saúde – APS, dentre outros. Ademais, no ambiente das autogestões também é comum a possibilidade de mudança de plano não compulsória de planos por alguma mitigação de risco juridico, de forma que o associado, nesses casos específicos, mude de plano somente quando há insustentabilidade daquela carteira que foi reduzindo ao longo do tempo. Ao colocar o pool de 1.000 vidas nesse cenário, inviabiliza o processo voluntário dessas questões, tornando invalidada essa medida de mitigação de risco, passando as mudanças de plano a serem exclusivamente compulsórias. Em virtude de todo o exposto, solicitamos que as autogestões sejam excluídas dessa seção, e suas regras sejam tratadas exclusivamente no movimento j realizado pela ANS para fins de alteração da RN nº 137/06."
305174	Mudar a apuração de carência e CPT conforme o limite de vidas do pool de risco, pois a regra de carência influencia no risco do contrato a integrar o pool
305174	Com a proposta de excluir o inciso I, esse parágrafo torna-se sem efeito.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305174	- Art. 32 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração
305174	- Art. 48. As autorizações de reajuste de planos individuais ou familiares regulamentados, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, expedidas na vigência da Resolução Norma□va nº 171, de 29 de abril de 2008, permanecem em vigor até o final do período mencionado nos respectivos ofícios autorizativos. Art. 49. Os contratos cole□vos empresariais ou por adesão, firmados antes de 24 de outubro de 2012 e que não tenham sido aditados para adequação de suas cláusulas à metodologia do agrupamento de contratos para fins de cálculo e aplicação de reajuste anual por variação de custo, não poderão receber novos beneficiários, à exceção de novo cônjuge e filhos do titular.	Alteração
305174	- § 1º A tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverão constar de forma destacada no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em norma□vo específico, no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.	Alteração
305174	- Art. 42. A operadora deverá divulgar até o primeiro dia ú□l do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como iden□ficar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no aplica□vo RPC, e seus respectivos produtos, com número de registro na ANS.	Inclusão
305174	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305174	"Art. 32 (...) § 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagam beneficiário."
305174	"Art. 49 (...) § 1º Os contratos atualmente previstos com pool de risco até 29 beneficiários passam a ser considerados integrantes do novo pool de que trata essa Resc independente de aditamento contratual."
305174	§ 1º A indicação de onde possa ser consultada a tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste a deverão constar no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em normativo específico, no Portal Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.
305174	"Art. 42 (...) § 3º O primeiro reajuste do agrupamento de contratos de 1.000 vidas será somente a partir de maio de 2026."
305174	Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Normativa, poderão ser majorados a percentual a ser definido por acordos ou com coletivas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente. Parágrafo Único. Os planos coletivos empresariais regulados por acordos e convenções coletivas de trabalho não estão sujeitos às isenções de coparticip definidas pela ANS."

Protocolo	Justificativa
305174	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade do mês anterior pode confundir o beneficiário, por poder estar composta de juros, multa coparticipação, dentre outros aspectos sequer de conhecimento da operadora, como ocorre no caso de mensalidades cobradas sobre percentual de salário descontados diretamente pelo empregador.
305174	"Alteração do art. 49. Como não há item de contribuição para o art. 49 na CP 145, utilizou-se o item de contribuição do art. 48, mas a alteração seria para o a 49. Justificativa: faltou a ANS definir como ficará a transição do 29 para 1.000 vidas em termos práticos. "
305174	Há necessidade do beneficiário ter acesso à tabela de referência, porém a inserir no contrato apenas tornará o documento volumoso, sem benefício ou facilidade de consulta.
305174	Faltou a ANS deixar claro quando o novo limite de vidas do pool terá vigência, não sendo ideal ser ainda em 2025, pois ficaria um tempo muito apertado pa essa apuração, dado que ainda não sabemos quando haverá a publicação da resolução alterada e muitas operadoras já apuram seu reajuste em março, pa haver tempo hábil de ajustar o sistema, boletos/faturas de cobrança e preparação do extrato pormenorizado .
305174	Acordos ou convenções trabalhistas são definidos junto aos representantes dos próprios empregados/beneficiários, dessa forma, a definição dos percentua de coparticipação deveriam caber livremente entre as partes, assim como os limites de exposição financeira anual e mensal, e ainda isenções de coparticipação . Assim a proposta fica adequada às práticas de mercado e aos entendimentos consolidados do STJ.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305174	- § 6º É vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços de saúde dos valores devidos a □tulo de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado sempre à operadora de plano privado de assistência à saúde, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual. § 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respec□vo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato. § 8º Na modalidade de franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go, somente incidirá o limite de exposição	Exclusão
305174	- § 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mecanismos Financeiros de Regulação, além daqueles elencados no Anexo desta norma.	Alteração
305174	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305174	
305174	§ 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mec Financeiros de Regulação.
305174	

Protocolo	Justificativa
305174	"O impedimento de pagamento da franquia diretamente ao prestador pelo beneficiário, irá agravar de sobremaneira o risco de crédito desses contratos, sen que hoje já existe a previsão de o beneficiário poder realizar o pagamento diretamente ao prestador de serviço nos termos da Consu nº 8/98, sem problema relatados nessa operação. O glossário da saúde suplementar, inclusive até o ano de 2012, previa expressamente que a franquia sempre era paga ao prestador, o que foi excluído na revisões posteriores, porém sem mudança de conteúdo, uma vez que continua a previsão da Consu nº 8/98, e na proposta desta CP a não responsabilidade operadora por este pagamento. Ou seja, quando a operadora não é responsável não cabe a ela transitar o recurso financeiro, pois isso gera risco de crédito não é habitual nas atividades securitárias, quando se menciona não haver responsabilidade. Portanto, essa alteração traz mudança em um conceito internacionalmente conhecido, causando impacto negativo em quem lida com atividade securitária passará a ter dois conceitos para um mesmo instituto."
305174	Alterar o texto para permitir a isenção de fator moderador por critérios exclusivamente contratuais, uma vez que a ANS reconhece no AIR do tema que "(... nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimentos específicos."
305174	"Conforme AIR do tema elaborado pela ANS "(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procediment específicos." Essa afirmativa é relevante uma vez que, embora a coparticipação seja instituto amplamente utilizado em diversos países, não se identifica um lista de isenção, o que corrobora o entendimento de que a cobrança de coparticipação, mesmo em procedimentos considerados necessários, não descaracteriza o conceito de risco moral. Além disso, no caso brasileiro, é bastante comum planos empresariais no qual o empregador arca com o valor da mensalidade e o empregado com a coparticipação, quando da utilização, não tendo esse caso a limitação ao conceito de risco moral e sim de copagament Ademais, embora o AIR tenha mencionado não ter realizado estudo atual sobre o tema e aproveitado o material do Anexo da RN 433, trouxe um formato diverso daquele, combinando com a TUSS, inclusive com procedimentos sequer previstos no rol de procedimentos. Se o procedimento não está no rol por si já é um grande indicativo de que não haveria razões para não exigir coparticipação, podendo até mesmo definir a cobrança da integralidade do procedimen (nos termos da ressalva assegurada pelo art.1°, parágrafo único da Resolução Normativa n° 484, de 2022): "Art. 1º Fica vedada às operadoras de planos de assistência à saúde a operação de sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serer pagos diretamente pelo consumidor ao prestador dos serviços, bem como a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998. Parágrafo único. Não está incluído, na proibição de que trata este artigo, o oferecimento de serviços complementares aos planos definidos na Lei nº 9.656, 1998, desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista." Lado outro, O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS define a cobertura mínima obrigatória a ser assegurada nos planos de saúde regulamentados. Nesse sentido, qualquer procedimento previsto no Rol tem a mesma obrigatoriedade de cobertura dos demais, de forma que essas coberturas não são estabelecidas mediante juízo de valor referente à priorização, necessidade, hierarquia ou privilégio de um procedimento frente a outro. N se apresenta razoável, por conseguinte, criar um critério de diferenciação entre os procedimentos previstos no Rol, apenas com o fim de delimitar aqueles q podem ou não estar sujeitos a incidência de fator financeiro de regulação."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305174	- Art. 53. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de fevereiro de 2023.	Alteração
305174	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Alteração
305174	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
305174	- Art. 33 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305174	Art. 53. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de janeiro de 2026.
305174	"§ 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica; II - (...)"
305174	
305174	Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as cober adicionais contratadas em separado, multa e juros.

Protocolo	Justificativa
305174	Adaptação de sistema ao tema, principalmente pelo levantamento dos dados que comporão o agrupamemnto.
305174	As disposições previstas na Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamen odontológico em regime misto de pagamento, fundamentam a não incidência de limites para os planos odontológicos, sendo portanto a justificativa para a isenção da regra para os planos odontológicos. Porém, retirar essa justificativa da redação, a torna mais clara.
305174	Conforme apontado nas considerações ao caput, é recomendável não ter limites que acabam onerando a mensalidade de todo o setor.
305174	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade cobrada no boleto sem detalhamento de taxa permite o cruzamento de dados pelo fisc para que possa verificar os valores reportados na DMED são compatíveis com as mensalidades (e taxas) cobradas do usuário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305174	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305174	

Protocolo	Justificativa
305174	"É sabido que a grande maioria dos planos de assistência à saúde são estabelecidos em função da faixa etária do beneficiário. Dessa forma, quanto menor idade, menor é o valor da mensalidade. Considerando que as últimas atualizações do rol de procedimentos inseriram procedimentos mais onerosos para o beneficiários da primeira faixa etária, o mercado vem observando uma mudança da regra de solidariedade intergeracional que existia, sendo que os custos c beneficiários com idade mais jovens vêm aumentando constantemente, sendo em alguns casos inclusive maior que a mensalidade cobrada. Dessa forma, ao estabelecer um limite de coparticipação único, vinculado ao valor da mensalidade irá distorcer ainda mais a relação custo/custeio para os beneficiários da primeira faixa etária, ou seja, os beneficiários das faixas etárias intermediárias terão que subsidiar ainda mais essa população. Na hipótese de a ANS manter uma regra de limitação de coparticipação por ano, atrelada ao valor da mensalidade, entende-se que os estudos de impacto regulatório devem ser realizados por faixa etária, sendo que o fator multiplicador da mensalidade deve ser maior para as primeiras faixas etárias quando comparado as demais. Um exemplo da necessidade dessa diferenciação são os casos de terapias para os transtornos globais de desenvolvimento, em qu hoje a coparticipação é um mecanismo importante para não ampliar sobremaneira o número de sessões sem comprovação da melhora ao paciente. Importante destacar, ainda, o mutualismo atuarial existente quando do estabelecimento dos mecanismos de regulação financeira e reajuste. Ao inserir uma série de limitações de cobrança de coparticipação/franquia, além das isenções que estão sendo propostas no artigo 3° da minuta de resolução, para reestabelecer o equilíbrio do plano haverá necessidade de repasse desse valor nos reajustes das mensalidades, o que não é desejado. Quando existe maior rigidez nas regras estabelecidas para os mecanismos de regulação financeira, os beneficiários que possuem maior cuidado com sua saúde, e por consequência uma utilização consciente de procedimentos, serão penalizados por meio de pagamentos de mensalidades mais onerosas. Obse que o pleito não se limita a deixar as regras totalmente livres, tornando os mecanismos de regulação financeira como fator restritivo de utilização, mas sim possibilitar o beneficiário adquirir planos cuja mensalidade será mais acessível para que ele possa ter acesso à saúde suplementar. Ainda considerando os aspectos atuariais, seria relevante que o AIR tivesse sido realizado abordando o impacto regulatório esperado nas garantias financei com a redução das coparticipações/franquias, uma vez que parte das provisões técnicas e do capital baseado em riscos são apuradas considerando os eventos indenizáveis líquidos de coparticipação. Ressalta-se que existem, ainda, planos cujo custeio é estabelecido em percentual de salário, nesse caso, os impactos citados poderão ser ainda maiores. A proposta não trouxe resposta para a forma de apuração da regra em cenários como pagamento por faixa única mas que o contrato prevê tabela por faixa atendimento à RN n° 525, de 2022 (art. 15), ou pagamento por grupo familiar.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305174	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Exclusão
305174	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305174	
305174	"Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em realizados em atendimentos ocorridos em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte: I – (excluir); II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e even realizados."

Protocolo	Justificativa
305174	"Em análise dos documentos apresentados no AIR, não observou-se embasamento técnico para definição do percentual máximo de 30% pela ANS. Do ponto de vista técnico, entendemos que a limitação do percentual poderia, inclusive, ser maior que os 30%, todavia com limites variados pela complexida dos procedimentos. Observamos que existem OPS com coparticipação de 50% em procedimentos de baixa complexidade, sem números de reclamações registradas na ANS (NIP's). A definição de um percentual máximo de coparticipação é recomendável. Todavia, é necessário deixar claro que: reduzir a coparticipação implicará, obrigatoriamente, o aumento da mensalidade dos planos. A coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusi essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidades mais acessíveis. O AIR, além de não ter trazido parâmetros para 30%, pulou uma etapa importante do processo de debate do tema ocasionado pela Câmara Técnica de 201 cuja conclusão foi pelo percentual de 50%, alinhado, inclusive, com as recentes decisões do STJ sobre a matéria (Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, 2022/0133339-5)."
305174	"A limitação do mecanismo financeiro de regulação para atendimentos em pronto-socorro poderá ocasionar uma migração das consultas eletivas para aquel realizadas no ambiente hospitalar, sobrecarregando os pronto-atendimentos de forma desnecessária. Ou seja, haverá estímulo à utilização de consultas er pronto-socorro, o que é contrário a demais preceitos da própria ANS, inclusive com indicador específico no Indice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e no Mapeamento do Risco Assistencial. Não temos nenhuma objeção em estabelecer um limite monetário para o valor do mecanismo financeiro de regulação no caso da internação. Entretanto, fix tal valor ao limite de exposição financeira mensal poderá incentivar o beneficiário a realizar uma internação desnecessária para realização de procedimento eletivos com o único objetivo de reduzir sua coparticipação. Nessa hipótese, o plano terá um custo assistencial muito mais elevado, como por exemplo o pagamento de diárias e taxas hospitalares, fato que será refletido quando da aplicação do reajuste. Além disso, a regra não traz exceção para as internaçõ de longo prazo. Lado outro, não considera que diferentes beneficiários de um mesmo contrato poderão ter valor de coparticipação para internação diferencia em razão da diferença no valor da mensalidade de cada um, seja pela idade ou outras circunstâncias como as mensalidades fixadas com base salarial."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305174	- § 5º O reajuste previsto no parágrafo anterior deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses e não poderá ser aplicado quando inexis□r previsão contratual em relação aos seus critérios de aferição e aplicação.	Alteração
305174	- Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - franquia dedu□vel acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja a□ngido o valor previsto no contrato Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 5 como franquia; e II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, n	Inclusão
305174	- § 1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, mesmo que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de copar□cipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305174	§ 5º O reajuste dos mecanismos financeiros de regulação deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses.
305174	Art. 10-A A fixação de franquia limitada por acesso, não impede a fixação de coparticipação, desde que relativo a procedimentos ou tipo de rede distinto observados os limites impostos neste normativo.
305174	

Protocolo	Justificativa
305174	"Manutenção da previsão do reajuste a cada 12 meses, entretanto, sem a necessidade de indicação dos critérios para aferição, tendo em vista, que as operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociaç junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índ global de aplicação. A coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusi essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidades mais acessíveis. Dessa forma, a definição de um critério único impossibilitará da realização de negociações entre as partes em períodos específicos."
305174	Respeitar as realidades já existentes no mercado de planos que utilizam concomitantemente os dois fatores de moderação, ainda que adequados ao novo formato regulado.
305174	"Existem custeios que são estabelecidos em percentual de salário, nesses casos pode haver grandes variabilidades da base de incidência de contribuição c um mês para outro. A fixação de um único mês como parâmetro pode trazer impacto distorcido para os beneficiários. Por fim, a proposta não trouxe resposta para a forma de apuração da regra em cenários como pagamento por faixa única mas que o contrato prevê tabela p faixa em atendimento à RN n° 525, de 2022 (art. 15), ou pagamento por grupo familiar. Além disso, ao mencionar “taxa adicional” pode dar a entender que é o valor cobrado da administradora. Porém, para o beneficiário há um único valor de mensalidade já inclusa referida taxa, nesse caso, inclusive para que suas informações de plano de saúde à Receita Federal, quando do pagamento do IRP seja coerente com o que a administradora reportará na Dmed. Lado outro, caso se opte pela manutenção da regra, esta deve ser complementada para maior clareza quanto a eventuais cobranças retroativas de reajust autorizadas pela regulamentação, como no caso de contratos de planos coletivos em que a negociação para o reajuste anual ultrapassa o mês de aniversá do contrato. Neste sentido, sugere-se a inclusão: “§1º-A Nos casos em que o reajuste anual ultrapassar o mês de aniversário do contrato, havendo cobranç retroativa do reajuste, a diferença em valor entre o limite mensal de exposição financeira aplicado nos meses sem reajuste e o que poderia ter sido aplicad nestes respectivos meses, poderá ser proporcionalmente cobrada a partir do mês em que o reajuste for aplicado, compensando em um mês o proporcional cada mês sem reajuste, sem que isso caracterize ofensa ao limite mensal de exposição financeira”."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305174	2025-02-06 10:33:05	Operadora
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305174	- Art. 23 da RN ANS nº 557, de 2022:	Alteração
305174	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
305174	- Art. 40 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração
305153	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305174	"Art. 23 (...) §1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante, de inadimplência, fraude e demais casos de rescisão motivada, o contrato de plano de assistê saúde coletivos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao con respeitando o prazo de notificação prévia contratualmente previsto."
305174	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 180 dias da sua publicação.
305174	"Art. 40. (...) §5º EXCLUIR"
305153	

Protocolo	Justificativa
305174	"Alteração do §1º. Fraudes e outros fatos ensejadores de rescisão motivada tb devem permitir o rompimento em prazos diversos. Além disso, a intenção da ANS é regular o momento da rescisão, mas não impedir a rescisão imotivada. Contudo, o trecho final, que determina apresentar a “razões” da rescisão pode causar confusão quanto à prerrogativa. Importante ainda excluir o prazo para atender ao comando da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01, que na época revogou o paragem único d art 17 da RN 195, que possui mesmo conteúdo do atual art 23."
305174	Adaptação de sistema ao tema.
305174	Exclusão do §5º. Conforme a própria ANS menciona em seu AIR, a maioria dos contratos hoje coletivos por adesão, não estão contemplados pelo pool, pois operadoras já negociam um reajuste único no contrato com a administradora, dado que há a mistura de contratantes até 29 vidas e acima de 29 vidas. Assi não faria sentido juntar esse público com os empresariais até mil vidas, devendo manter a redação sem alteração. Caso a ANS queira manter a alteração, m uma vez sugerimos que exista o pool de risco de planos coletivos por adesão e um outro para os empresariais até mil vidas, pois os riscos são bem distinto
305153	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305153	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
305153	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão
305153	- Art. 12. É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde concederem desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou outra vantagem análoga que tenha por obje□vo incen□var u□lização consciente dos procedimentos e eventos em saúde cobertos pelo produto contratado pelo beneficiário desde que não importe inibição à utilização necessária dos serviços de saúde.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305153	
305153	
305153	

Protocolo	Justificativa
305153	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário d contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.
305153	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.
305153	Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o at jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das nov regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca-se ainda que, o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo-se as características do produto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305153	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão
305153	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305153	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órteseepróteses ambulatoriais,aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colos entre outros insumos inerentes. § 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.
305153	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;

Protocolo	Justificativa
305153	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas. Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.
305153	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impac observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305153	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305153	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz

Protocolo	Justificativa
305153	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto- socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação. Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto- socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305153	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
305153	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
305153	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
305153	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
305153	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderiater,nomáximo,50%de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência da cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de
305153	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assertiva é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tipo de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305153	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
305153	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305153	
305153	

Protocolo	Justificativa
305153	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Paraquehajatransparênciae previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual po procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderiater,nomáximo,50%de coparticipação. Mas o valor a ser pago pe beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo
305153	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305153	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305153	

Protocolo	Justificativa
305153	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderiater,nomáximo,50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvênc de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade isenções. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305153	- § 2º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, até o 30º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma. § 3º Após o 31º dia de internação, consecu□vos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar copar□cipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305153	§ 3º NÃO ESTAVA DISPONÍVEL PARA CONTRIBUIÇÃO POR ESTE MOTIVO FOI REALIZADA NESTE INCISO Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-ácobrar coparticipação em percentual valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.

Protocolo	Justificativa
305153	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderiater,nomáximo,50%de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica, a partir do 31º dia, portanto, proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupa em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305153	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305153	

Protocolo	Justificativa
305153	Item III A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, a para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305153	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305153	

Protocolo	Justificativa
305153	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a deman no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, poi induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e p consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contrat em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/ano. Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a propos vai contra o risco moral exposto pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação perda). Da mesma forma, sobre a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando o impacto de todas as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕE, ao comparar o resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positiv de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Esti se que a sinistralidade aumente em 7,5 pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verifica- se que a manutenção da regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualmen comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilização dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades em 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305153	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305153	

Protocolo	Justificativa
305153	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto- socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e ma capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimento, o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornanc os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acesso a esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora
305153	2025-02-06 10:54:07	Operadora
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305153	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
305153	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
305193	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305153	
305153	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS paraosplanos individuais/familiares e, nos casos dos c coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.
305193	IV – Excepcionalmente no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as de assistenciais, acrescida da variação da PEONA e das receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apura reajuste;

Protocolo	Justificativa
305153	Item I - Exclusão Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e qua ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para a operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações d coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por
305153	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.
305193	No primeiro ano os contratos tem o maior impacto da constituição da PEONA, por isso a operadora sugere a alteração no inciso IV.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305193	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
305193	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
305193	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Alteração
305193	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Alteração
305193	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305193	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e
305193	Parágrafo Único. As Operadoras que pretendem aprovação da revisão técnica estabelecida pela ANS estão obrigadas a oferecer a contratação eletrônica de de contratação individual ou familiar.
305193	§ 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal, bem como data de execução do procedimento nos últimos 12 mese
305193	§ 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Finance Regulação incidentes sobre esta última. O presente não se aplica aos planos de assistencia à saúde com previsão de copartipação apenas na segment ambulatorial, que permanece devida.
305193	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantida beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se a soma do n de beneficiários das contratantes for maior que o limite para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
305193	O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores.
305193	Obrigar a contratação eletrônica é um risco a fraude e não resolverá a déficit da carteira do plano individual ou familiar. Obrigar a contratação eletrônica do plano coletivo por adesão por entidades sujeitas ao artigo 15 da RN 557 por meio de venda online para este público também estimulará as fraudes. Da mesm forma ocorrerá na contratação do plano coletivo empresarial por empresário individual sujeito ao artigo 9 da RN 557, que, na qualidade de PJ possui elegibilidade para contratação do plano coletivo, mas é dotado de privilégios de uma pessoa física. Ambas são contratações que requerem cuidado extra, análise de elegebilidade e legalidade, inviabilizando a contratação no processo online, pois a adesão dos beneficiários ao plano contratado dependerá da análise de elegibilidade da Contratante e aprovação pela Operadora. Nenhum beneficiário pode aderir ao contrato, cuja a pessoa jurídica não tenha sido aprovada previamente pela operadora nos termos exigidos pela ANS na RN 557. Os atuais critérios estabelecidos na RN 413 não são condizentes com a contratação de plano coletivo. Mesmo que ocorram ajustes, a ANS vai imputar novos custos para a Operadora para manter e disponibilizar uma estrutura pa realização de entrevista qualificada presencial e aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Se mantida como obrigatória a venda do plan individual/familiar online, há necessidade da ANS conceder um prazo de 18 meses para que as Operadoras definam os ajustes necessários e contratação d uma solução tecnológica que atenda a norma. O art. 19 necessitará de alteração: “Art. 19. As alterações da referida norma entram em vigor 18 meses após data de sua publicação”.
305193	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor de coparticipação do beneficiário
305193	Há contratos que tem previsão do mecanismo financeiro de regulação apenas para segmentação ambulatorial.
305193	Considerando que a negociação, contratação do plano parte de um preço único previamente acordado entre a Operadora de planos de saúde e administrad de benefício, não faz sentido para as contratantes, a depender da soma do seu número de beneficiários, receberem um reajuste diferente. Isso importará e diferentes tabelas de preços para adesão de novos beneficiários, bem como novas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305193	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
305193	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305193	I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, contado a partir da data da execução do procedimento ou evento em saú pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 100% (cem por centro) do valor da contrapresta pecuniária base mensal da soma das mensalidades devidas pelo grupo familiar.
305193	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento de contratos, para o cálculo do percentual de reaju será aplicado, conforme o seu porte, na proporção abaixo: I - Operadora de Pequeno Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 30 vidas; II – Operadora de Médio Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 60 vidas; III – Operadora de Grande Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 100 vidas;

Protocolo	Justificativa
305193	I. O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual qu não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais d Justiça. É o que dispõe a referida decisão: "RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operado atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operasse o fato gerador da obrigação de pagar a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência do mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titular, mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação nã seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valo contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte." O parâmetro adotado pelo STJ atende a pretensão da ANS de dar transparência e previsibilidade. Contudo, é sabido por todos a insustentabilidade econôm financeira derivada do incremento do custo para atendimento de determinadas terapias. Assim, ainda que seja necessário garantir a transparência para o beneficiário e algum limite de comprometimento econômico para ele, remanesce o problema do alto custo novo para as Operadoras sem contrapartida. Ser assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade do grupo familiar como um todo, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação n seja maior do que o dobro do valor já pago pelo responsável financeiro pelo contrato. A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a pa da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe um período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e cobrança do valor de coparticipação do beneficiários Em síntese: a proposta atende ao interesse de consumidores, mantém-se em sintonia com a posição do Poder Judiciário e concede para as Operadoras algum limite razoável.
305193	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305193	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
305193	- § 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I do caput deste ar□go será aferido proporcionalmente, mul□plicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Exclusão
305193	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
305193	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
305193	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305193	Art. 13. Contratos celebrados antes da vigência desta norma permanecem inalterados. A mudança para as novas regras de Mecanismos Financeiros de Re será possível a pedido do CONTRATANTE, mediante a celebração de um novo contrato, podendo utilizar-se de regras legais como: portabilidade de carên mudança de plano.
305193	
305193	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos priva assistência à saúde e sua rede credenciada (direta e indireta), referenciada ou cooperada.
305193	
305193	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias

Protocolo	Justificativa
305193	Considerando que a adequação às regras desta norma requer várias alterações que impactam no processo operacional da operadora e a administração d contratos com vigências diversas e regras distintas, vai ser exigido um grande esforço da operadora na adequação dos seus sistemas de gestão. O ideal pa operacionalização é ter uma data de corte: planos celebrados a partir da vigência da norma observam a nova regra. Assim o contratante, interessado em adequar o seu contrato às novas regras tem o direito de celebrar uma nova contratação, sem carências e análise de DLP nos termos da legislação vigente
305193	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor de coparticipação do beneficiári
305193	Os valores praticados na rede indireta, via intercâmbio ou contrato de reciprocidade, não são os mesmos praticados pela operadora na sua rede direta, sen relevante que haja previsão de que estes valores integrem a tabela de referência de coparticipação.
305193	Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionária da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais.
305193	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Acrescentemos, por fim, que a previsão do prazo de 60 dias como está no parágrafo é inviável na prática: as negociações para o reajuste precisam basear-se em um histórico da sinistralidade e demandam reuniões e avaliações do contratante e da Operadora, diversas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305193	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
305193	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
305193	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
305193	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
305193	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305193	
305193	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos além dos referidos nos incisos acima, desde que esta expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.
305193	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamen contratos terá limite de meta por porte daoperadora: a) 75% Operadora de Grande Porte b) 72% Operadora de Médio Porte c) 70% Operadora de Pequeno porte
305193	
305193	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor 18 (dezoito) meses após a sua publicação

Protocolo	Justificativa
305193	Solicitamos a exclusão da lista de isenções proposta, considerando os significativos impactos econômico-financeiros que ela pode gerar para as Operadora de Planos de Saúde. No caso das Cooperativas Médicas Unimeds de Santa Catarina, projeta-se um aumento substancial no custo líquido, decorrente da lista de isenções sugerida pela CP 14 Esse impacto será um aumento de 2,47% no custo líquido total das Operadoras, o que equivale a R$ 96,1 milhões, mais de 40% do resultado líquido acumulado pelas Operadoras de Santa Catarina de janeiro/24 a setembro/24. A recomendação anual de consultas médicas divulgada pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002 é de três consultas médicas ao an ou seja, estão sendo propostas isenções superiores ao que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. Estimamos que apenas as isenções de coparticipação propostas na Consulta Pública nº 145, aumentará o preço dos nossos planos atualmente vendidos em quase 10%, sem considerar os percentuais de redução e limites financeiros de exposição ainda propos na referida consulta pública. Destacamos a preocupação com a manutenção da lista de isenções, que, à medida que for atualizada, poderá gerar impactos ainda mais expressivos para operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor. Em síntese, a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação inegavelmente trará incremento de custos redistribuídos para aqueles que não são os usuários diretamente envolvidos no atendimento assistencial em questão. Os reflexos negativos são diversos com risco de desequilíbrio derivado da benes
305193	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas q hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que divers operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com se clientes pessoas jurídicas
305193	o ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesa não assistenciais nestas operadoras são maiores. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Esclarecemos q os parâmetros aqui sugeridos presumem a manutenção dos índices de correção inflacionário e de sinistralidade separadamente como apontamos na sugest de exclusão do inciso V do artigo 7º
305193	Não se trata apenas da adequação da cláusula Mecanismos Financeiros de Regulação, mas outras alterações e impactos no contrato vigente.
305193	As mudanças apresentadas pela norma impactam nos processos operacionais da operadora, exigem várias parametrizações e controles que precisam se desenvolvidos, testados e só depois implementados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305193	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305193	

Protocolo	Justificativa
305193	Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o Minuta de Norma Revisão Técnica (31143837) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 pedido de revisão técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não s efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/2 muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemente superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivos acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito a reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência), a sinistralidade tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão ma elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhu dos períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre em decorrência do financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cená não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a oferta desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, a demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos plan individuais pelos planos coletivos. Se manter o critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operadora apresentará. Aliás, no que tange à demonstração de desequilíbrio da carteira de planos individuais, já que ANS entende a meta de sinistralidade de 75% é suficiente para fins de cálculo do reajuste do plano coletivo, entende-se que o mesmo indicador poderia ser um parâmetro para concessão da revisão técnica nos planos individuais. Ou seja, ultrapassada essa meta, seria possível a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora
305193	2025-02-06 10:56:27	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305193	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
305193	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305193	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestad serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde s quais incidirá a coparticipação.
305193	Art. 2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.

Protocolo	Justificativa
305193	A respeito das limitações sobre as coparticipações, destacamos os seguintes impactos: ACESSIBILIDADE: Atualmente, a existência de fator moderador torna o plano de saúde mais acessível, pois a mensalidade fixa mensal tende a ser menor. sua presença, assim, funciona como facilitador de acesso a novos beneficiários em razão do efeito de restringir o comprometimento financeiro fixo mensa para os mesmos: menor mensalidade. FATOR DE CONTENÇÃO DE CUSTOS: O fator moderador é utilizado como instrumento de negociação para reduzir a aplicação dos percentuais de reajus resultando assim em ganho direto aos beneficiários. UTILIZAÇÃO INDEVIDA, MAIS DESPERDÍCIOS, MENOS AUDITORIA: Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efe contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdaderio auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança, c impacto extremamente reduzido. BENEFICIÁRIOS DE BAIXA UTILIZAÇÃO x POLÍTICA DE SUBSÍDIO: Se implementada na forma pretendida o efeito será muito forte para os beneficiário que não utilizam com frequênica o plano: terão suas mensalidades agravadas para sustentar os limites impostos e atenuar os maiores utilizadores, gerando efeito nocivo ao mercado. As empresas contratantes (que são as grandes subsididoras das mensalidades dos planos de saúde e já estão tendo dificuldades de suportar o impacto do aumento dos reajustes em razão das ampliaçõe consecutivas do Rol de Procedimentos) serão fortemente impactadas com essa mudança. Tenderão as empresas a reduzir ou mesmo cancelar os subsídio aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o potencial mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficit no sistema público de saúde. Assim, entendemos que os benefícios atuais da coparticipação são muito maiores, q as pequenas distorções que eventualmente existem: o que está possibilitando a atual ampliação da base de clientes no sistema é justamente as mensalidad mais competitivas, que necessitam da participação ativa dos seus beneficiários, em especial com o instrumento da coparticipação.
305193	Apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparentar-se forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contrataçã esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve s tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operação é maior. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos de fraude na toada do q vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital co fator importante; contudo, a sua adoção deve se dar de forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente o Princípio Constitucional da Livre Iniciativa.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305203	2025-02-06 11:39:07	Operadora
305203	2025-02-06 11:39:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305203	- § 2º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, até o 30º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma. § 3º Após o 31º dia de internação, consecu□vos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar copar□cipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.	Alteração
305203	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
305203	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perc sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.
305203	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
305203	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica, a partir do 31º dia, portanto, proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência d cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.
305203	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assert é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tip de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305203	2025-02-06 11:39:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305203	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305203	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz

Protocolo	Justificativa
305203	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto- socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305203	2025-02-06 11:39:07	Operadora
305203	2025-02-06 11:39:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305203	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
305203	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305203	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
305203	

Protocolo	Justificativa
305203	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência da cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos
305203	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pag pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305203	2025-02-06 11:39:07	Operadora
305203	2025-02-06 11:39:07	Operadora
305203	2025-02-06 11:39:07	Operadora
305203	2025-02-06 11:39:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305203	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
305203	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão
305203	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão
305203	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305203	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;
305203	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colo entre outros insumos inerentes.
305203	
305203	

Protocolo	Justificativa
305203	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, a para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no cus líquido.
305203	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.
305203	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processua e judiciais.
305203	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processua e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305203	2025-02-06 11:39:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305203	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305203	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz

Protocolo	Justificativa
305203	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto- socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305203	2025-02-06 11:39:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305203	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305203	

Protocolo	Justificativa
305203	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto- socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e ma capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimento, o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização d sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúd ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acesso a esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305203	2025-02-06 11:39:07	Operadora
305203	2025-02-06 11:39:07	Operadora
305203	2025-02-06 11:39:07	Operadora
305203	2025-02-06 11:39:07	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305203	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
305203	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
305203	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
305203	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
305203	
305203	
305203	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS paraos planos individuais/familiares e, nos casos dos c coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.
305203	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Protocolo	Justificativa
305203	"III - os limites de exposição financeira;" A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, a para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.
305203	Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o at jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes dever ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca-se ainda que, o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo-se as características do produto.
305203	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.
305203	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305259	2025-02-06 11:50:05	Operadora
305288	2025-02-06 13:37:55	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305259	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
305288	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305259	
305288	

Protocolo	Justificativa
305259	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar- condicionado ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive co criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresariais por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-se que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência c forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultanc ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto deve continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligadas com fraudes e prejuízo financeiros.
305288	Todas as tentativas ocorridas após a implementação da RN 413/2016 resultaram como frustradas, dada a complexidade de variáveis entre as ofertas das empresas e a dificuldade de compreensão por parte da maioria das pessoas, de um modo especial às pessoas foco desta proposta, normalmente de menc escolaridade, não conhecem o significado dos termos do setor, dos processos para compra digital, etc. Com isso, as operadoras distribuem seus produtos através de pessoas denominadas corretores de planos de saúde/odontológicos, que promovem às pesso e empresas de 1 titular o acesso às informações, obrigações, direitos, comparativos, etc. Não é o corretor de planos de saúde que limita o acesso: é exatamente o contrário. É o corretor de planos de saúde que leva o acesso e assessora o complicado passo a passo para que o cliente possa seguir com a contratação. Além disso, são mais de 100.000 pessoas no país que exercem esta função, sem contar com os colaboradores das empresas que fazem a intermediaçãc Seguir com esta aprovação comprometerá a realização da oferta, a compra bem orientada e gerará uma perda de postos de trabalho de pelo menos 150.0(pessoas, somando-se os corretores e colaboradores das empresas. Tal obrigação de oferecimento compulsório e sem o corretor deve ser exclusa tempestivamente, sendo que a aprovação desta RN será motivo de ações d intervenção junto ao Ministério da Justiça e demais orgões, já que diversos representantes da sociedade também se posicionaram na mesma direção, caracterizando a manutenção como usurpação do papel da ANS, que deve estimular o bem do sistema, a concorrência e o aumento das ofertas, principalmente para as populações de menor renda e que ainda não possuem um plano de saúde, tornando a presença do corretor mais necessária ainda

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305352	2025-02-06 14:43:17	Operadora
305352	2025-02-06 14:43:17	Operadora
305352	2025-02-06 14:43:17	Operadora
305352	2025-02-06 14:43:17	Operadora
305352	2025-02-06 14:43:17	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305352	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
305352	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
305352	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração
305352	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
305352	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305352	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat
305352	
305352	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.
305352	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
305352	

Protocolo	Justificativa
305352	Necessário incluir todos os planos não regulamentados, devido à defasagem que eles apresentam atualmente, gerando grandes prejuízos e vultuoso resulta negativo, que podem ocasionar a quebra da operadora, especialmente aquelas que possuam uma carteira considerável de planos não regulamentados. Apenas para citar um exemplo, dentre de tantos outros, a Unimed Sergipe possui mais de 60% da carteira nessa situação e esse é só um caso em que se n houver a possibilidade de revisão técnica, com a ocorrência do financiamento dos planos coletivos, a longo prazo certamente não será sustentável.
305352	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo le a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.
305352	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere- se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.
305352	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.
305352	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305352	2025-02-06 14:43:17	Operadora
305352	2025-02-06 14:43:17	Operadora
305352	2025-02-06 14:43:17	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305352	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
305352	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
305352	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305352	
305352	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicaçãodesta Resolução.
305352	

Protocolo	Justificativa
305352	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.
305352	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere- se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuari de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de um carteira de planos de saúde.
305352	Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, por meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formação inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. Há um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, região com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos viola princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigo contratos em que as contraprestações não são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305352	2025-02-06 14:43:17	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305352	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305352	

Protocolo	Justificativa
305352	Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/2 muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemer superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivos acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico- financeiros queameacem sua solvência), a sinistralidade tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão ma elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhum dos períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre e decorrênciado financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a ofert desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, a demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individuai pelos planos coletivos. Se manter o critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operadora apresentará. Ademais é importante destacar que, às Agências Reguladoras, não é permitida a criação de leis ou mesmo a inovação daquilo que o legislador definiu. Nes sentido, veja que art. 4º, XVII, da Lei nº 9961/2000 e o art. 16, XI, da Lei nº 9.656/98, estabelecem a viabilidade de revisão técnica, entretanto, não inclui

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305406	2025-02-06 15:20:05	Operadora
305406	2025-02-06 15:20:05	Operadora
305406	2025-02-06 15:20:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305406	- II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
305406	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Inclusão
305406	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305406	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)
305406	§ 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento.
305406	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a s considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
305406	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representar apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada a pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do gru de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, e prejuízo do mercado com um todo.
305406	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Siste Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento d 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados e reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquan pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
305406	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grup de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305406	2025-02-06 15:20:05	Operadora
305406	2025-02-06 15:20:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305406	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
305406	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305406	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas.
305406	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Protocolo	Justificativa
305406	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Siste Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento d 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados e reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo d vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquan pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
305406	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúd coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência que ANS não deveria interferir. Em casos excepcionais como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratante, ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo de 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez que operadora terá que esperar dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando a liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situações alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305406	2025-02-06 15:20:05	Operadora
305367	2025-02-06 15:22:30	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305406	- I - deverão constar do contrato: (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Minuta de Norma - Reajuste Coletivo - RN 565/2022 alterada (31143141) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
305367	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305406	A) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze r consecutivos;
305367	

Protocolo	Justificativa
305406	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionár da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômi financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figu jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pe operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálcul utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entra para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços por contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar um aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala q os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução de número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde públ e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.
305367	No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operado

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305367	2025-02-06 15:22:30	Operadora
305367	2025-02-06 15:22:30	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305367	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
305367	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305367	
305367	

Protocolo	Justificativa
305367	Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos .diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, alé de promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberdade econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima de 25%, sendo 85% de pequeno porte, 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero ou negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tã expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesas não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade me de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. E patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) ond sinistralidade meta corresponde a (1 – C), sendo “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cada operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabeleci na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistenci diferente uma da outra. Deste modo, não deve ser previamente estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de uma sinistralidade meta mínin não se justifica. Tal medida limitaria a liberdade econômica das operadoras, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas. .
305367	No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices .setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajus baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305367	2025-02-06 15:22:30	Operadora
305443	2025-02-06 15:28:06	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305367	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
305443	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305367	
305443	

Protocolo	Justificativa
305367	Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todo que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúd As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende exis nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, do reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre custos com a assistência médica e as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operador ajustarem os valores cobrados dos beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por sua vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com inflação, cumprindo o princípio atuarial da “preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)”. Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizaçõ no Rol de Procedimentos e a introdução de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolher entre ajustar os preços com base na inflação geral ou com base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. A se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessária correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índi de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulaçã de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada ou de variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contratos bem como elitiza ainda mais o valor da mensalidade do plano de saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa suprir, além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais e outros fornecedores da operadora, os impactos das novas coberturas decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos que são aprovadas durante a execução dos contratos, portanto, não precificadas, que de fato não constam no histórico de utilização presen ou passada, mas que farão parte do custo futuro do contrato. O índice financeiro é uma forma de aplicação simplificada do que chamamos de visão prospectiva, ainda que utilizarmos para essa finalidade, não é, na maioria das vezes, suficiente para suprir os incrementos de custos para o próximo períod quando de fato utilizaremos os valores reajustado das contraprestações.
305443	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade existência da administradora de benefícios.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305444	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
305444	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305444	
305444	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.

Protocolo	Justificativa
305444	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborad considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contratos em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/ano Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a proposta vai contra o risco moral expos pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação de perda). Da mesma forma, sobre a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando impacto de todas as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕE, ao comparar resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positivo de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Estima-se que a sinistralidade aumente em 7,5 pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verifica-se que a manutenção d regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilização dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipaç e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades em 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões descon e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pe ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvência de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade de isenções. Com base nos estudos realizados (os quais ser enviados à ANS), entende-se que é necessária a adequação no Anexo, no seguinte sentido: 1. Consultas Médicas: Isenção de apenas 2 (duas) consultas realizadas com médico generalista, ao ano. 2. Exames de Pré-Natal: As isenções das 10 consultas de obstetrícia serem complementares as 2 (duas) consultas já isentas no item I – Consultas Médicas. Em suma, as medidas propostas pela ANS portanto, vão afastar brasileiros do setor de saúde suplementar (como admitido pela própria ANS no RAIR). Ao invés de beneficiar os consumidores, apenas elite brasileira terá acesso aos planos de saúde, sobrecarregando o SUS e estimulando cartões de desconto e clínicas populares. As empresas, que já nã
305444	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305444	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
305444	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
305444	
305444	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Protocolo	Justificativa
305444	Exclusão do Parágrafo único - Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das nov regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca-se ainda que, o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo-se as características do produto.
305444	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305444	- § 2º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, até o 30º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma. § 3º Após o 31º dia de internação, consecu□vos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar copar□cipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.	Alteração
305444	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305444	Alteração do Parágrafo 3º do Art. 27 - § 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, pode cobrar coparticipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.
305444	

Protocolo	Justificativa
305444	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina sã ainda mais alarmantes chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,6 bilhões. De modo geral coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica, a partir do 31º dia, portanto, proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência d cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.
305444	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processu e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305444	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
305444	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305444	
305444	

Protocolo	Justificativa
305444	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário d contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.
305444	Exclusão Inciso III - A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretan defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305444	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
305444	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
305444	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
305444	
305444	
305444	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colo entre outros insumos inerentes.

Protocolo	Justificativa
305444	Exclusão do Inciso I Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e qua ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviáv para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações da coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (ve que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, entende-se que pode ser estabelecido que o valor de coparticipações não poderá ser superior a uma mensalidade, podendo ser cobrado o excedente nos meses seguintes. O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual que não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendiment
305444	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.
305444	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305444	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
305444	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305444	
305444	Alterar o Inciso I art. 6º - I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regu

Protocolo	Justificativa
305444	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratique valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvência de muitas operadoras Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade isenções. principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por
305444	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,6% no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305444	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
305444	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão
305444	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305444	
305444	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.
305444	

Protocolo	Justificativa
305444	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrat podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e maior capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimento, o que onera excessivamente previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acesso a esses serviç Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
305444	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assert é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimula o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tipo de programa, beneficiando o mercado e atraindo mai beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.
305444	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefí para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305444	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
305444	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305444	Alteração do Inciso I - I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedi
305444	

Protocolo	Justificativa
305444	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
305444	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processua e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305444	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305444	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
305444	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência da cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305444	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305444	

Protocolo	Justificativa
305444	Exclusão Inciso II Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites d exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte do custo que ultrapassar o limi de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderã permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e qua ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviáv para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305444	2025-02-06 16:06:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305444	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
305438	- § 5º O reajuste previsto no parágrafo anterior deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses e não poderá ser aplicado quando inexis□r previsão contratual em relação aos seus critérios de aferição e aplicação.	Alteração
305438	- Art. 53. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de fevereiro de 2023.	Alteração
305438	- Art. 32 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305444	Alteração do Inciso II - II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedim eventos realizados.
305438	§ 5º O reajuste dos mecanismos financeiros de regulação deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses.
305438	Art. 53. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de janeiro de 2026.
305438	"Art. 32 (...) § 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagan beneficiário."

Protocolo	Justificativa
305444	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
305438	"Manutenção da previsão do reajuste a cada 12 meses, entretanto, sem a necessidade de indicação dos critérios para aferição, tendo em vista, que as operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociaç junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índ global de aplicação. A coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusi essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidades mais acessíveis. Dessa forma, a definição de um critério único impossibilitará da realização de negociações entre as partes em períodos específicos."
305438	Adaptação de sistema ao tema, principalmente pelo levantamento dos dados que comporão o agrupamento.
305438	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade do mês anterior pode confundir o beneficiário, por poder estar composta de juros, multa coparticipação, dentre outros aspectos sequer de conhecimento da operadora, como ocorre no caso de mensalidades cobradas sobre percentual de salário descontados diretamente pelo empregador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305438	- Art. 37 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração
305438	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305438	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos por adesão agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais, ambos com menos de mil beneficiários, para o cálculo do percentual de reajuste que aplicado a esses agrupamentos. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)
305438	Art. 17-A O descumprimento do disposto nesta Resolução implicará nas sanções previstas em normativos da ANS. (Incluído pela Resolução Normativa ANS de 20XX).

Protocolo	Justificativa
305438	O perfil de utilização dos beneficiários observado em contratos coletivos empresariais e coletivos por adesão são significativamente diferentes. Tal impacto e pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contratos com até mil vida apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos coletivos empresariais, que, em regra geral, apresentam reajuste inferiores.
305438	"Conforme AIR do tema elaborado pela ANS “(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimento específicos.” Essa afirmativa é relevante uma vez que, embora a coparticipação seja instituto amplamente utilizado em diversos países, não se identifica um lista de isenção, o que corrobora o entendimento de que a cobrança de coparticipação, mesmo em procedimentos considerados necessários, não descaracteriza o conceito de risco moral. Além disso, no caso brasileiro, é bastante comum planos empresariais no qual o empregador arca com o valor da mensalidade e o empregado com a coparticipação, quando da utilização, não tendo esse caso a limitação ao conceito de risco moral e sim de copagamento Ademais, embora o AIR tenha mencionado não ter realizado estudo atual sobre o tema e aproveitado o material do Anexo da RN 433, trouxe um formato diverso daquele, combinando com a TUSS, inclusive com procedimentos sequer previstos no rol de procedimentos. Se o procedimento não está no rol por si já é um grande indicativo de que não haveria razões para não exigir coparticipação, podendo até mesmo definir a cobrança da integralidade do procedimen (nos termos da ressalva assegurada pelo art.1°, parágrafo único da Resolução Normativa n° 484, de 2022): “Art. 1º Fica vedada às operadoras de planos de assistência à saúde a operação de sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serem pagos diretamente pelo consumidor ao prestador dos serviços, bem como a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998. Parágrafo único. Não está incluído, na proibição de que trata este artigo, o oferecimento de serviços complementares aos planos definidos na Lei nº 9.656, 1998, desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.” Lado outro, O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS define a cobertura mínima obrigatória a ser assegurada nos planos de saúde regulamentados. Nesse sentido, qualquer procedimento previsto no Rol tem a mesma obrigatoriedade de cobertura dos demais, de forma que essas coberturas não são estabelecidas mediante juízo de valor referente à priorização, necessidade, hierarquia ou privilégio de um procedimento frente a outro. N se apresenta razoável, por conseguinte, criar um critério de diferenciação entre os procedimentos previstos no Rol, apenas com o fim de delimitar aqueles q podem ou não estar sujeitos a incidência de fator financeiro de regulação."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305438	- § 1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, mesmo que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de copar□cipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.	Exclusão
305438	- § 7º O limite previsto no § 2º deste ar□go não se aplica aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento.	Alteração
305438	- § 1º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, a franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go será aferida proporcionalmente, considerando-se o número de meses restantes até o aniversário ou renovação subsequente do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305438	
305438	§ 7º O limite previsto no § 2º deste artigo não se aplica aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norm 59, de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento, e para as operador classificadas na modalidade de autogestões.
305438	§ 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrat

Protocolo	Justificativa
305438	"Existem custeios que são estabelecidos em percentual de salário, nesses casos pode haver grandes variabilidades da base de incidência de contribuição d um mês para outro. A fixação de um único mês como parâmetro pode trazer impacto distorcido para os beneficiários. Por fim, a proposta não trouxe resposta para a forma de apuração da regra em cenários como pagamento por faixa única mas que o contrato prevê tabela p faixa em atendimento à RN n° 525, de 2022 (art. 15), ou pagamento por grupo familiar. Além disso, ao mencionar "taxa adicional" pode dar a entender que é o valor cobrado da administradora. Porém, para o beneficiário há um único valor de mensalidade já inclusa referida taxa, nesse caso, inclusive para que suas informações de plano de saúde à Receita Federal, quando do pagamento do IRP seja coerente com o que a administradora reportará na Dmed. Lado outro, caso se opte pela manutenção da regra, esta deve ser complementada para maior clareza quanto a eventuais cobranças retroativas de reajust autorizadas pela regulamentação, como no caso de contratos de planos coletivos em que a negociação para o reajuste anual ultrapassa o mês de aniversár do contrato. Neste sentido, sugere-se a inclusão: "§1º-A Nos casos em que o reajuste anual ultrapassar o mês de aniversário do contrato, havendo cobranç retroativa do reajuste, a diferença em valor entre o limite mensal de exposição financeira aplicado nos meses sem reajuste e o que poderia ter sido aplicad nestes respectivos meses, poderá ser proporcionalmente cobrada a partir do mês em que o reajuste for aplicado, compensando em um mês o proporcional cada mês sem reajuste, sem que isso caracterize ofensa ao limite mensal de exposição financeira"."
305438	"As autogestões já possuem características diferenciadas do mercado, inclusive com regras definidas exclusivamente a elas na RN nº 137/06. Tal normativ está inclusive passando por uma revisão por parte da ANS. Além disso, as autogestões já possuem um perfil muito mais mutualista e social quando compara às operadoras de mercado, sendo, inclusive, a modalidade de operadora que possui perfil etário de beneficiários mais envelhecido, ou seja, já é uma característica dessa modalidade apresentar maior perfil de solidariedade. Entretanto, a inserção dessa modalidade de operadora nas regras de limitação do reajuste mínimo na regra de coparticipação, em iguais condições ao mercado de saúde suplementar, fará com que o próprio grupo deixe de ter poder decisório sobre a gestão do plano de saúde. Melhor explicando, no caso das autogestões o reajuste não é imputado pela OPS à pessoa jurídica contratante, e, por consequência, aos beneficiários. Pel contrário, nessa modalidade, tanto a patrocinadora quanto os beneficiários compõem os órgãos deliberativos, com o poder de aprovar ou não os reajustes apurados, outro item fundamental que demonstra a necessidade de suas regras serem tratadas exclusivamente na mudança prevista para a RN nº 137/06 Em virtude de todo o exposto, solicitamos que as autogestões sejam excluídas desse item da norma, e suas regras sejam tratadas exclusivamente no movimento já realizado pela ANS para fins de alteração da RN nº 137/06."
305438	Alteração referente ao §7º, mas como não há item de contribuição para o §7º, foi utilizado outro § para apresentar a contribuição. Sendo assim, sugere-se alteração do §7º uma vez que a franquia é uma ferramenta que poderá ser utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras pa minimizar os preços propostos, ou seja, a pessoa jurídica contratante e a operadora poderão chegar a um acordo para amenizar os reajustes das contraprestações, através da alteração do valor da franquia.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305438	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
305438	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, dis□ntos e escalonados por grupos de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes.	Alteração
305438	- § 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão copar□cipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.	Exclusão
305438	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
305438	- Art. 7º No plano privado de assistência à saúde cole□vo empresarial com número de par□cipantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do ar□go 29 desta resolução será considerada a totalidade de par□cipantes eventualmente já	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305438	Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respectivos contratos, regulamentos ou instrumentos cong ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os isentos de incidência e cobrança; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais distinções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos meca financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto no art. 7º desta Resolução Normativa; III - os limites de exposição financeira; e IV - os critérios de reajuste dos valores devidos a título de Mecanismos Financeiros de Regulação, se houver."
305438	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, distintos e escalonados por de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes, ou por tipo de rede utilizada (se própria, credenciada diretamente ou credenciada indireta
305438	
305438	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores base de remuneração praticados entre a operadora de pla privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, ainda que existam remunerações distintas em face das negociaçõ individuais com cada prestador.
305438	Art. 7º. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a mil beneficiários não poderá haver cláu agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doença ou lesão preexistente, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta d celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Protocolo	Justificativa
305438	Adequação da redação para as demais proposições realizadas nos demais artigos e que influenciam nessa redação.
305438	"A gestão de custos é extremamente importante para a sustentabilidade de um plano, sendo que esta gestão passa diretamente pela utilização de diferente tipos de rede de atendimento. Nesta perspectiva, o direcionamento financeiro tem sido amplamente utilizado no mercado e tem maior índice de sucesso co menor índice de reclamação de beneficiários que o direcionamento de acesso. Lado outro, importante deixar claro no texto que eventual diferença de valores cobrados em razão das diferenças de remuneração de prestadores, nos cas em que os mecanismos financeiros são previstos em percentual do custo do procedimento, não caracterizam diferenciação dos mecanismos por prestado não havendo ofensa a regulação em vigor. Sugere: “§1º-A Nos casos em que mecanismos financeiros forem estabelecidos em percentual sobre o custo real procedimento, eventual diferença de valores cobrada em decorrência da diferença de remuneração de cada prestador, não se caracterização fixação de mecanismos financeiros diferentes por prestador”."
305438	"Há necessidade do beneficiário ter acesso às informações sobre os procedimentos que terão coparticipação, porém listá-los individualmente no contrato apenas tornará o documento volumoso, sem benefício ou facilidade de consulta. Além disso, dado que há revisão do rol frequentemente, com incorporação automática nos produtos, a listagem dentro do contrato torna-se obsoleta em pou tempo após a sua celebração, assim, o que seria transparência, acaba não servindo para consulta no dia a dia, além de poder gerar interpretações equivocadas pelo beneficiário/judiciário, tendo em vista que existem alguns procedimentos que possuem o mesmo código TUSS, mas que com uma diretriz coberta pelo rol de procedimentos e por outra diretriz não possui cobertura."
305438	Considerando que a remuneração de cada prestador é definida mediante negociação específica com o respectivo prestador, não havendo uma tabela única remuneração, apenas uma tabela base utilizada para início das negociações.
305438	Mudar a apuração de carência e CPT conforme o limite de vidas do pool de risco, pois a regra de carência influencia no risco do contrato a integrar o pool

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305438	- Art. 48. As autorizações de reajuste de planos individuais ou familiares regulamentados, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, expedidas na vigência da Resolução Norma□va nº 171, de 29 de abril de 2008, permanecem em vigor até o final do período mencionado nos respectivos ofícios autorizativos. Art. 49. Os contratos cole□vos empresariais ou por adesão, firmados antes de 24 de outubro de 2012 e que não tenham sido aditados para adequação de suas cláusulas à metodologia do agrupamento de contratos para fins de cálculo e aplicação de reajuste anual por variação de custo, não poderão receber novos beneficiários, à exceção de novo cônjuge e filhos do titular.	Alteração
305438	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Alteração
305438	- Art. 40 da RN ANS nº 565, de 2022	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305438	"Art. 49 (...) § 1º Os contratos atualmente previstos com pool de risco até 29 beneficiários passam a ser considerados integrantes do novo pool de que trata essa Resc independente de aditamento contratual."
305438	Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Normativa, poderão ser majorados a percentual a ser definido por acordos ou con coletivas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente. Parágrafo Único. Os planos coletivos empresariais regulados por acordos e convenções coletivas de trabalho não estão sujeitos às isenções de coparticip definidas pela ANS."
305438	

Protocolo	Justificativa
305438	"Alteração do art. 49. Como não há item de contribuição para o art. 49 na CP 145, utilizou-se o item de contribuição do art. 48, mas a alteração seria para o a 49. Justificativa: faltou a ANS definir como ficará a transição do 29 para 1.000 vidas em termos práticos. "
305438	Acordos ou convenções trabalhistas são definidos junto aos representantes dos próprios empregados/beneficiários, dessa forma, a definição dos percentua de coparticipação deveriam caber livremente entre as partes, assim como os limites de exposição financeira anual e mensal, e ainda isenções de coparticipação . Assim a proposta fica adequada às práticas de mercado e aos entendimentos consolidados do STJ.
305438	"Art. 40. (...) §5º EXCLUIR" Exclusão do §5º. Conforme a própria ANS menciona em seu AIR, a maioria dos contratos hoje coletivos por adesão, não estão contemplados pelo pool, pois operadoras já negociam um reajuste único no contrato com a administradora, dado que há a mistura de contratantes até 29 vidas e acima de 29 vidas. Assi não faria sentido juntar esse público com os empresariais até mil vidas, devendo manter a redação sem alteração. Caso a ANS queira manter a alteração, m uma vez sugerimos que exista o pool de risco de planos coletivos por adesão e um outro para os empresariais até mil vidas, pois os riscos são bem distinto

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305438	- § 1º Nos casos do inciso I do caput deste ar□go, poderão ser cobrados valores dis□ntos a depender da complexidade do atendimento realizado, bem como do atendimento realizado por médico generalista daquele atendimento realizado por médico especialista, conforme previsto em contrato.	Exclusão
305438	- Art. 6º No plano privado de assistência à saúde cole□vo empresarial com número de par□cipantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato cole□vo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do ar□go 29 desta resolução será considerada a totalidade de par□cipantes eventualmente já	Alteração
305438	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305438	
305438	Art. 6º. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a mil beneficiários não poderá ser exig cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de vinculação a pessoa jurídica contratante.
305438	

Protocolo	Justificativa
305438	Com a proposta de excluir o inciso I, esse parágrafo torna-se sem efeito.
305438	Mudar a apuração de carência e CPT conforme o limite de vidas do pool de risco, pois a regra de carência influencia no risco do contrato a integrar o pool
305438	"Em análise dos documentos apresentados no AIR, não observou-se embasamento técnico para definição do percentual máximo de 30% pela ANS. Do ponto de vista técnico, entendemos que a limitação do percentual poderia, inclusive, ser maior que os 30%, todavia com limites variados pela complexida dos procedimentos. Observamos que existem OPS com coparticipação de 50% em procedimentos de baixa complexidade, sem números de reclamações registradas na ANS (NIP's). A definição de um percentual máximo de coparticipação é recomendável. Todavia, é necessário deixar claro que: reduzir a coparticipação implicará, obrigatoriamente, o aumento da mensalidade dos planos. A coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusi essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidades mais acessíveis. O AIR, além de não ter trazido parâmetros para 30%, pulou uma etapa importante do processo de debate do tema ocasionado pela Câmara Técnica de 201 cuja conclusão foi pelo percentual de 50%, alinhado, inclusive, com as recentes decisões do STJ sobre a matéria (Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, 2022/0133339-5)."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305438	- Art. 39. O agrupamento de contratos cole□vos de que trata o art. 37 desta Resolução poderá ser desmembrado em até três subagrupamentos, separados pelo □po de cobertura, que é definido de acordo com a segmentação assistencial do plano ao qual o contrato está vinculado, da seguinte forma: I - sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial "ambulatorial" e "ambulatorial + odontológico";	Alteração
305438	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
305438	- Art. 33 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração
305438	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305438	"Art. 39. Os dois agrupamentos de contratos coletivos de que trata o art. 37 desta Resolução poderá ser desmembrado em subagrupamentos e suas combi da seguinte forma : (...) IV – Planos com e sem Atenção Primária à Saúde; V – Planos com e sem previsão de fator moderador financeiro. § 1º Caso a operadora de planos privados de assistência à saúde opte pelo desmembramento, poderá ocorrer a aplicação de percentuais de reajuste dife dentro do mesmo contrato coletivo, de acordo com o número de subagrupamentos e suas combinações . § 2º A quantidade de percentuais de reajuste diferentes aplicados com base no § 1º deste artigo deverá guardar relação com a quantidade de subagrupam suas combinações, que deverá estar expressamente estabelecida no contrato coletivo, e sua alteração somente poderá ocorrer mediante aditamento dos co
305438	"Art. 13 (...) Parágrafo único. Fica assegurada a manutenção dos contratos originais celebrados antes da vigência desta norma, com suas respectivas regras. A renova contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que dis sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação por meio de aditivo contratual correspondente."
305438	Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as cober adicionais contratadas em separado, multa e juros.
305438	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 180 dias da sua publicação.

Protocolo	Justificativa
305438	"Alteração do art. 39 para inclusão do subgrupo “Com e Sem Atenção Primária à Saúde”: Considerando que os custos assistenciais vêm apresentando ur crescimento real significativo nos últimos anos, e esse crescimento tende a ser continuado em função do desenvolvimento de novos tratamentos e novas tecnologias, uma das principais formas de tentar reduzir esse crescimento dos custos assistenciais, e manter um plano de saúde mais acessível aos beneficiários é a instituição de planos com Atenção Primária à Saúde – APS. A ANS inclusive busca incentivar as OPS na criação desses planos, por exemplo, por meio da instituição de pontuação base na dimensão “Qualidade em Atenção à Saúde”, no Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar – IDSS. Espera-se que o comportamento dos custos assistenciais desses planos seja diferente dos demais planos que não possuem APS, e, por consequência, os seus reajustes sejam menores. A inclusão desses planos no agrupamento do contrato irá contra todos os esforços da OPS e da própria ANS, uma vez que os reajustes serão contaminado pelo crescimento dos demais planos. Para inclusão do subgrupo “Com e Sem Fator Moderador Financeiro”: É sabido que planos sem fator moderador financeiro possuem frequência de utilizaç muito superior aos planos que possuem esse mecanismo. Tal impacto era pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contrato com até mil vidas a apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos com previsão de coparticipação/franquia, qu em regra geral, apresentam reajustes inferiores. "
305438	Dar clareza a manutenção dos contratos celebrados antes da vigência do normativo em respeito ao ato jurídico perfeito.
305438	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade cobrada no boleto sem detalhamento de taxa permite o cruzamento de dados pelo fisco para que possa verificar os valores reportados na DMED são compatíveis com as mensalidades (e taxas) cobradas do usuário.
305438	Adaptação de sistema ao tema.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305438	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
305438	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305438	
305438	

Protocolo	Justificativa
305438	"É sabido que a grande maioria dos planos de assistência à saúde são estabelecidos em função da faixa etária do beneficiário. Dessa forma, quanto menor idade, menor é o valor da mensalidade. Considerando que as últimas atualizações do rol de procedimentos inseriram procedimentos mais onerosos para o beneficiários da primeira faixa etária, o mercado vem observando uma mudança da regra de solidariedade intergeracional que existia, sendo que os custos d beneficiários com idade mais jovens vêm aumentando constantemente, sendo em alguns casos inclusive maior que a mensalidade cobrada. Dessa forma, ao estabelecer um limite de coparticipação único, vinculado ao valor da mensalidade irá distorcer ainda mais a relação custo/custeio para os beneficiários da primeira faixa etária, ou seja, os beneficiários das faixas etárias intermediárias terão que subsidiar ainda mais essa população. Na hipótese de a ANS manter uma regra de limitação de coparticipação por ano, atrelada ao valor da mensalidade, entende-se que os estudos de impacto regulatório devem ser realizados por faixa etária, sendo que o fator multiplicador da mensalidade deve ser maior para as primeiras faixas etárias quando comparado as demais. Um exemplo da necessidade dessa diferenciação são os casos de terapias para os transtornos globais de desenvolvimento, em qu hoje a coparticipação é um mecanismo importante para não ampliar sobremaneira o número de sessões sem comprovação da melhora ao paciente. Importante destacar, ainda, o mutualismo atuarial existente quando do estabelecimento dos mecanismos de regulação financeira e reajuste. Ao inserir uma série de limitações de cobrança de coparticipação/franquia, além das isenções que estão sendo propostas no artigo 3° da minuta de resolução, para reestabelecer o equilíbrio do plano haverá necessidade de repasse desse valor nos reajustes das mensalidades, o que não é desejado. Quando existe maior rigidez nas regras estabelecidas para os mecanismos de regulação financeira, os beneficiários que possuem maior cuidado com sua saúde, e por consequência uma utilização consciente de procedimentos, serão penalizados por meio de pagamentos de mensalidades mais onerosas. Obse que o pleito não se limita a deixar as regras totalmente livres, tornando os mecanismos de regulação financeira como fator restritivo de utilização, mas sim possibilitar o beneficiário adquirir planos cuja mensalidade será mais acessível para que ele possa ter acesso à saúde suplementar. Ainda considerando os aspectos atuariais, seria relevante que o AIR tivesse sido realizado abordando o impacto regulatório esperado nas garantias financei com a redução das coparticipações/franquias, uma vez que parte das provisões técnicas e do capital baseado em riscos são apuradas considerando os eventos indenizáveis líquidos de coparticipação. Ressalta-se que existem, ainda, planos cujo custeio é estabelecido em percentual de salário, nesse caso, os impactos citados poderão ser ainda maiores. A proposta não trouxe resposta para a forma de apuração da regra em cenários como pagamento por faixa única mas que o contrato prevê tabela por faixa atendimento à RN n° 525, de 2022 (art. 15), ou pagamento por grupo familiar.
305438	Essa regra desestimula a adoção de direcionamento de atendimento, sem nenhum AIR que indique ser necessário esse impedimento.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305438	- Art. 23 da RN ANS nº 557, de 2022:	Alteração
305438	- § 6º É vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços de saúde dos valores devidos a □tulo de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado sempre à operadora de plano privado de assistência à saúde, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual. § 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respec□vo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato. § 8º Na modalidade de franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go, somente incidirá o limite de exposição	Exclusão
305438	- § 2º Para indicação do prestador de serviços de saúde, conforme previsto no caput e no § 1º deste ar□go, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá observar o norma□vo específico que dispõe sobre a garan□a de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximos para atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos listados no Anexo desta norma.	Alteração
305438	- Art. 42. A operadora deverá divulgar até o primeiro dia ú□l do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como iden□ficar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no aplica□vo RPC, e seus respectivos produtos, com número de registro na ANS.	Inclusão
305438	- § 1º A tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverão constar de forma destacada no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em norma□vo específico, no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305438	"Art. 23 (...) §1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante, de inadimplência, fraude e demais casos de rescisão motivada, o contrato de plano de assistê saúde coletivos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao con respeitando o prazo de notificação prévia contratualmente previsto."
305438	
305438	§ 2º Para indicação do prestador de serviços de saúde, conforme previsto no caput e no § 1º deste artigo, a operadora de planos privados de assistência à deverá observar o normativo específico que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximo atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos que serão isentos da cobrança Mecanismos Financeiros de Regulação.
305438	"Art. 42 (...) § 3º O primeiro reajuste do agrupamento de contratos de 1.000 vidas será somente a partir de maio de 2026."
305438	§ 1º A indicação de onde possa ser consultada a tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste a deverão constar no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em normativo específico, no Portal Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.

Protocolo	Justificativa
305438	"Alteração do §1º. Fraudes e outros fatos ensejadores de rescisão motivada tb devem permitir o rompimento em prazos diversos. Além disso, a intenção da ANS é regular o momento da rescisão, mas não impedir a rescisão imotivada. Contudo, o trecho final, que determina apresentar a “razões” da rescisão pode causar confusão quanto à prerrogativa. Importante ainda excluir o prazo para atender ao comando da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01, que na época revogou o paragem único d art 17 da RN 195, que possui mesmo conteúdo do atual art 23."
305438	"O impedimento de pagamento da franquia diretamente ao prestador pelo beneficiário, irá agravar de sobremaneira o risco de crédito desses contratos, sen que hoje já existe a previsão de o beneficiário poder realizar o pagamento diretamente ao prestador de serviço nos termos da Consu nº 8/98, sem problema relatados nessa operação. O glossário da saúde suplementar, inclusive até o ano de 2012, previa expressamente que a franquia sempre era paga ao prestador, o que foi excluído na revisões posteriores, porém sem mudança de conteúdo, uma vez que continua a previsão da Consu nº 8/98, e na proposta desta CP a não responsabilidade operadora por este pagamento. Ou seja, quando a operadora não é responsável não cabe a ela transitar o recurso financeiro, pois isso gera risco de crédito não é habitual nas atividades securitárias, quando se menciona não haver responsabilidade. Portanto, essa alteração traz mudança em um conceito internacionalmente conhecido, causando impacto negativo em quem lida com atividade securitária passará a ter dois conceitos para um mesmo instituto."
305438	Adequar o texto considerando que a regulamentação permite a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação que não estão contemplados no anexo desta resolução. Ademais a adequação visa o alinhamento com a proposta de exclusão do caput atual do art. 3º, considerando que a ANS reconhece no Al do tema que “(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimentos específicos”.
305438	Faltou a ANS deixar claro quando o novo limite de vidas do pool terá vigência, não sendo ideal ser ainda em 2025, pois ficaria um tempo muito apertado pa essa apuração, dado que ainda não sabemos quando haverá a publicação da resolução alterada e muitas operadoras já apuram seu reajuste em março, pa haver tempo hábil de ajustar o sistema, boletos/faturas de cobrança e preparação do extrato pormenorizado .
305438	Há necessidade do beneficiário ter acesso à tabela de referência, porém a inserir no contrato apenas tornará o documento volumoso, sem benefício ou facilidade de consulta.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305438	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Alteração
305438	- § 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mecanismos Financeiros de Regulação, além daqueles elencados no Anexo desta norma.	Alteração
305438	- Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - franquia dedu□vel acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja a□ngido o valor previsto no contrato Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 5 como franquia; e II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, n	Inclusão
305438	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305438	"§ 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica; II - (...)"
305438	§ 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mec Financeiros de Regulação.
305438	Art. 10-A A fixação de franquia limitada por acesso, não impede a fixação de coparticipação, desde que relativo a procedimentos ou tipo de rede distinto observados os limites impostos neste normativo.
305438	"Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em realizados em atendimentos ocorridos em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte: I – (excluir); II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e even realizados."

Protocolo	Justificativa
305438	As disposições previstas na Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamen odontológico em regime misto de pagamento, fundamentam a não incidência de limites para os planos odontológicos, sendo portanto a justificativa para a isenção da regra para os planos odontológicos. Porém, retirar essa justificativa da redação, a torna mais clara.
305438	Alterar o texto para permitir a isenção de fator moderador por critérios exclusivamente contratuais, uma vez que a ANS reconhece no AIR do tema que "(... nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimentos específicos."
305438	Respeitar as realidades já existentes no mercado de planos que utilizam concomitantemente os dois fatores de moderação, ainda que adequados ao novo formato regulado.
305438	"A limitação do mecanismo financeiro de regulação para atendimentos em pronto-socorro poderá ocasionar uma migração das consultas eletivas para aquel realizadas no ambiente hospitalar, sobrecarregando os pronto-atendimentos de forma desnecessária. Ou seja, haverá estímulo à utilização de consultas en pronto-socorro, o que é contrário a demais preceitos da própria ANS, inclusive com indicador específico no Indice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e no Mapeamento do Risco Assistencial. Não temos nenhuma objeção em estabelecer um limite monetário para o valor do mecanismo financeiro de regulação no caso da internação. Entretanto, fix tal valor ao limite de exposição financeira mensal poderá incentivar o beneficiário a realizar uma internação desnecessária para realização de procedimento eletivos com o único objetivo de reduzir sua coparticipação. Nessa hipótese, o plano terá um custo assistencial muito mais elevado, como por exemplo o pagamento de diárias e taxas hospitalares, fato que será refletido quando da aplicação do reajuste. Além disso, a regra não traz exceção para as internaçõ de longo prazo. Lado outro, não considera que diferentes beneficiários de um mesmo contrato poderão ter valor de coparticipação para internação diferencia em razão da diferença no valor da mensalidade de cada um, seja pela idade ou outras circunstâncias como as mensalidades fixadas com base salarial."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305438	- Art. 2º da RN nº 413, de 2016	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305438	É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.

Protocolo	Justificativa
305438	"Manter a redação original: “É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.” Ofertar planos de saúde em plataforma digital possui impactos financeiros diretos que não foram apurados no AIR (criação, desenvolvimento, manutenção d plataforma e sistemas), além de impactos operacionais na revisão de fluxos e integração com os parceiros que comercializam esses tipos de produtos. Essa situação é ainda mais gravosa quando não se verifica avaliação por porte, classificação e tipo de atenção, pois certamente os problemas regulatórios s diferentes. A título exemplificativo, o AIR disponível no site sobre o tema vincula a obrigatoriedade da oferta online ao combate à seleção de risco. Ocorre qu na modalidade de planos odontológicos, por exemplo, não há queixas de seleção de risco e tampouco ausência de ofertas de planos individuais. Do mesm modo, as entidades de autogestão concentram o maior número de idosos, também não parecendo fazer sentido falar de seleção de risco. Portanto, sem d avanço do AIR dentro dos parâmetros definidos na RN 548 (porte, classificação e tipos de atenção), sugere-se manter a redação atual no qual é facultativa oferta da venda on-line. Ademais, um dos requisitos para o ato administrativo válido é a motivação e a adequação ao interesse público. Além disso, segundo a Lei de Liberdade Econômica, o aumento de custos sem demonstração de benefícios é considerado abuso do poder regulatório. Segundo reconhece o próprio AIR, uma das desvantagens da proposta é que ela aumentará os custos das operadoras. Nesses termos, por imposição legal, seria preciso demonstrar os benefícios que medida acarretaria. Os benefícios, porém, devem ser concretos e não abstratos, baseados em evidências robustas, em problemas regulatórios incontestáve ou outros fatores. Contudo, os supostos ganhos apontados pela ANS não se qualificam como aptos a justificar a medida e o acréscimo de custos. Descreve a ANS, por exemplo, que haveria aumento da transparência, fortalecimento do arcabouço regulatório e diminuição da judicialização. Contudo, ess aspectos não são impactados de maneira positiva em razão, apenas, de ser on line a contratação. Afirma ainda a ANS que será aumentada a concorrência mercado, permitindo que os consumidores comparem facilmente todas as opções disponíveis. A comparação das condições de aquisição de um plano de saúde, porém, se faz em momento pré contratação. Assim, não se sustenta a lógica estabelecida. Menciona a ANS, por fim, que a medida poderia evitar a seleção adversa. Contudo, o risco sobre isso permanece, a despeito da forma de acesso ao plano, e a seleção adversa deve permanecer sendo monitorad pela ANS."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305438	- Art. 35. Os contratos de planos privados de assistência à saúde cole□vos empresariais e por adesão, firmados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, deverão conter cláusula de reajuste que observa a metodologia do agrupamento de contratos estabelecida nesta Resolução. Parágrafo único. O agrupamento de contratos não se aplica: I - aos planos privados de assistência à saúde exclusivamente odontológicos; II - aos contratos de plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demi□dos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, de que trata o art. 17 da Resolução Norma□va nº 488, de 29 de março de 2022, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; e	Inclusão
305438	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305438	"Art. 35 (...) IV – às operadoras de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão."
305438	

Protocolo	Justificativa
305438	"Inclusão do Inciso IV no artigo 35: ""IV – às operadoras de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão."" As autogestões já possuem características diferenciadas do mercado, inclusive com regras definidas exclusivamente a elas na RN nº 137/06. Tal normativ está inclusive passando por uma revisão por parte da ANS. Além disso, as autogestões já possuem um perfil muito mais mutualista e social quando compara às operadoras de mercado, sendo, inclusive, a modalidade de operadora que possui perfil etário de beneficiários mais envelhecido, ou seja, já é uma característica dessa modalidade apresentar maior perfil de solidariedade. Entretanto, a inserção dessa modalidade de operadora nas regras de agrupamento dos contratos, em iguais condições ao mercado de saúde suplementar poderá ocasionar o efeito contrário, sendo realizado o agrupamento de forma desfavorável. Importante destacar ainda, que, no caso das autogestões o reajuste não é imputado pela OPS à pessoa jurídica contratante, e, por consequência, aos beneficiários. Pelo contrário, nessa modalidade, tanto a patrocinadora quanto os beneficiários compõem os órgãos deliberativos, com o poder de aprovar o não os reajustes apurados, outro item fundamental que demonstra a necessidade de suas regras serem tratadas exclusivamente na mudança prevista para a RN nº 137/06. Outro exemplo da necessidade de exclusão das autogestões dessa seção é que, em muitos casos, elas possuem apenas 1 patrocinadora, além da própria autogestão, ou seja, um contrato para os empregados da patrocinadora e outro para os seus próprios empregados. Como a grande maioria das autogestõe não possuem mais de 1000 vidas vinculadas ao seu quadro funcional, quase todas se enquadrariam no pool, perdendo a possibilidade de aplicar reajuste diferente para planos com características distintas, como exemplo: planos com e sem coparticipação, com padrão de acomodação em enfermaria e apartamento, com ou sem Atenção Primária à Saúde – APS, dentre outros. Ademais, no ambiente das autogestões também é comum a possibilidade de mudança de plano não compulsória de planos por alguma mitigação de risco juridico, de forma que o associado, nesses casos específicos, mude de plano somente quando há insustentabilidade daquela carteira que foi reduzindo ao longo do tempo. Ao colocar o pool de 1.000 vidas nesse cenário, inviabiliza o processo voluntário dessas questões, tornando invalidada essa medida de mitigação de risco, passando as mudanças de plano a serem exclusivamente compulsórias. Em virtude de todo o exposto, solicitamos que as autogestões sejam excluídas dessa seção, e suas regras sejam tratadas exclusivamente no movimento j realizado pela ANS para fins de alteração da RN nº 137/06."
305438	Conforme apontado nas considerações ao caput, é recomendável não ter limites que acabam onerando a mensalidade de todo o setor.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305438	- Art. 27 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305438	"Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste: I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em c que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; (Incluído pela Resolução Normativa XX, de 20XX) III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da c terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à da de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; (Renumerado do inciso II pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade será apurada tomando por base a proporção entre as de assistenciais líquidas de coparticipação e as receitas de contraprestações deduzidas dos tributos diretos, verificados no período de meses vigentes do contra mês de apuração do reajuste definido no inciso I-b deste artigo; V - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamer contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento), exceto para as entidades de autogestão."

Protocolo	Justificativa
305438	"1) Sobre a meta de sinistralidade: A meta de sinistralidade avaliada pela ANS levou em conta a média do mercado, sem avaliar a RN 548/22 quanto ao AIR ser apurado por: porte, modalidade tipo de atenção. Quando se verifica OPS de pequeno porte, é comum que apenas as despesas não assistenciais (administrativas e operacionais), sejam superiores a 25% Da mesma forma, operadora que atua basicamente com planos ambulatoriais, mesmo quando tem médio porte, suas despesas não assistenciais podem ultrapassar 25%. Temos que considerar que, em alguns casos existe a necessidade de recompor inclusive Capital Social para atendimento aos normativos da ANS. Como n ambiente de autogestão, tanto a patrocinadora quanto os beneficiários compõem os órgãos deliberativos, com o poder de aprovar ou não os reajustes apurados, devem ter total liberdade para propor o que for melhor para a solvência da OPS. Por fim, as autogestões já possuem características diferenciadas do mercado, inclusive com regras definidas exclusivamente a elas na RN nº 137/06. Tal normativo está inclusive passando por uma revisão por parte da ANS, ambiente mais adequado para tratar do tema. 2-) Sobre o índice de sinistralidade: Tendo em vista que não existe a nomenclatura receita direta do plano nos demonstrativos contábeis e, para não gerar dúvidas sobre a forma de apuração d sinistralidade, sugere-se com esse novo texto melhor detalhar quais são as despesas assistenciais a serem verificadas e as receitas de contraprestações co a devida dedução do imposto direto (que atualmente tem previsão no plano de contas da ANS, conta 32). 3-) Sobre a acumulação de índice, propôs a exclusão em razão de: Quando da apuração da necessidade de aplicação de um reajuste na mensalidade de um determinado plano, espera-se que ele seja suficiente para equilibr a situação econômico-financeira para os 12 meses futuros. Quando da vedação da aplicação de reajuste por sinistralidade conjugada com um reajuste financeiro (índice de preço), significa que a ANS está pensand

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305438	2025-02-06 16:08:44	Operadora
305489	2025-02-06 16:22:59	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305438	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Exclusão
305438	- Art. 38. Ressalvada a hipótese prevista no art. 39, a operadora, após a apuração da quan□dade de beneficiários prevista no art. 40, calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.	Alteração
305489	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305438	
305438	Art. 38. Ressalvada a hipótese prevista no art. 39, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista no art. 40, calculará um percentu reajuste com todos os seus contratos coletivos por adesão e outro percentual com todos os seus contratos coletivos empresariais, que deverá ser aplicad todo o agrupamento dos seus contratos.
305489	

Protocolo	Justificativa
305438	"Não há um índice único negociado com os prestadores que permita a adoção dessa regra. Lado outro, este normativo já dispõe no inciso IV, do art. 6º, que critérios de reajuste dos mecanismos financeiros devem estar previstos no contrato do plano, deixando claro se tratar de uma condição comercial que dev ficar a cargo das Operadoras estabelecerem as regras deste reajuste, o que conflita com esta disposição. As operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociação junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índice global de aplicação. Além disso, a coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusive, essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidade mais acessíveis, o que hoje é admitido na regulamentação, inclusive com previsão no RPC. Dessa forma, limitar o reajuste da coparticipação ao índice aplicado junto aos prestadores de serviço, principalmente nas negociações de contratos coletivo com empregadores, irá trazer um impacto negativo para o reajuste dos beneficiários pelos fatos mencionados anteriormente."
305438	O perfil de utilização dos beneficiários observado em contratos coletivos empresariais e coletivos por adesão são significativamente diferentes. Tal impacto e pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contratos com até mil vida apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos coletivos empresariais, que, em regra geral, apresentam reajuste inferiores , como pode ser visto no próprio painel dinâmico de reajuste de coletivos da ANS.
305489	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. prestaç de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar-condicionado ou qualquer produto. Embora a ven online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarã dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o proces de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresariais por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. Já que existe a previsão de dire de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-se que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência de forma mal-intencionada, senc necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultanc ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto deve continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com contratação digital, intimamente ligadas com fraudes e prejuízos financeiros.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305462	2025-02-06 16:28:11	Operadora
305462	2025-02-06 16:28:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305462	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
305462	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305462	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
305462	

Protocolo	Justificativa
305462	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.
305462	Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver em risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisão técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam un percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/24, muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que torna a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dado apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemente superio média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivos acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que diz respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico financeiros que ameacem sua solvência), a sinistralidade do tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aument para os beneficiários serão mais elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhum dos períodos, pois a maior sinistralida está em 83%. Isso ocorre em decorrência do financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a oferta desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, a demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos. S manter o critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que operadora apresentará. Aliás, no que tange à demonstração de desequilíbrio da carteira de planos individuais, já que a ANS entende a meta de sinistralidad de 75% é suficiente para fins de cálculo do reajuste do plano coletivo, entende-se que o mesmo indicador poderia ser um parâmetro para concessão da revis técnica nos planos individuais. Ou seja, ultrapassada essa meta, seria possível a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305462	2025-02-06 16:28:11	Operadora
305462	2025-02-06 16:28:11	Operadora
305462	2025-02-06 16:28:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305462	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
305462	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
305462	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305462	
305462	
305462	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.

Protocolo	Justificativa
305462	Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, p meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formaç inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operador torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. H um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, regiã com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos vio princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigor contratos em que as contraprestações n são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que se possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial d operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.
305462	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operado comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajuste não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.
305462	Conforme demonstram os estudos elaborados, os, planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgen de uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhor do cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios, completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305462	2025-02-06 16:28:11	Operadora
305462	2025-02-06 16:28:11	Operadora
305462	2025-02-06 16:28:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305462	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
305462	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
305462	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305462	
305462	
305462	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
305462	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo levar a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.
305462	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.
305462	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305462	2025-02-06 16:28:11	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305462	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305462	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat

Protocolo	Justificativa
305462	Necessário incluir todos os planos não regulamentados, devido à defasagem que eles apresentam atualmente, gerando grandes prejuízos e vultuoso resulta negativo, que podem ocasionar a quebra da operadora, especialmente aquelas que . regulamentados. Apenas para citar um exemplo, dentre de tantos outros, a Unimed Sergipe possui mais de 60% da carteira nessa situação e esse é só un caso em que se não houver a possibilidade de revisão técnica, com a ocorrência do financiamento dos planos coletivos, a longo prazo certamente não ser sustentável.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305479	2025-02-06 16:36:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305479	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
305479	§ 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento

Protocolo	Justificativa
305479	98% dos contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305479	2025-02-06 16:36:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305479	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305479	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Protocolo	Justificativa
305479	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 421 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada por falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúde coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. A liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305479	2025-02-06 16:36:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305479	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305479	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)

Protocolo	Justificativa
305479	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representam apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305479	2025-02-06 16:36:21	Operadora
305479	2025-02-06 16:36:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305479	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
305479	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305479	
305479	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais e por adesão com menos de cem vidas.

Protocolo	Justificativa
305479	Exclusão: V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III) Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todo que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômicofinanceiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúd As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende exis nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômicofinanceiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, do reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre custos com a assistência médica e as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operador ajustarem os valores cobrados dos beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por sua vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com a inflação, cumprindo o princípio atuarial da “preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)”. Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizações no Rol de Procedimentos e a introdução de novas tecnologias.
305479	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed,

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305479	2025-02-06 16:36:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305479	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305479	

Protocolo	Justificativa
305479	Exclusão: VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento).” (NR) Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além de promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberdade econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305479	2025-02-06 16:36:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305479	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305479	

Protocolo	Justificativa
305479	No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operado

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305479	2025-02-06 16:36:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305479	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305479	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade definido de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze meses consecutivos;

Protocolo	Justificativa
305479	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômicofinanceiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305479	2025-02-06 16:36:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305479	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305479	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
305479	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305479	2025-02-06 16:36:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305479	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305479	

Protocolo	Justificativa
305479	Exclusão: § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantidade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. Justificativa: Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica a livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade de existência da administradora de benefícios.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305479	2025-02-06 16:36:21	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305479	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305479	

Protocolo	Justificativa
305479	Exclusão: b) nos casos em que for utilizado índice de preço não poderá ser utilizado percentual por meta de sinistralidade. No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saúde nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limitará a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305223	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tendo como referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
305223	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugerese que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráter técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305223	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa.

Protocolo	Justificativa
305223	É fundamental que o Instrumento de Revisão Técnica também considere os “planos não regulamentados”. É sabido pelo Órgão Regulador que muitas Operadoras de Planos de Saúde ainda gerenciam o risco de subscrição de mútuos com tais características, desbravando desafios como a insuficiência de receita de contraprestação, o envelhecimento populacional da massa segurada e o consequente aumento dos custos assistenciais. Este cenário implica na sobreposição das despesas assistenciais em face das receitas percebidas, gerando prejuízos econômicos significativos e resultando na necessidade de subsídios cruzados entre planos regulamentados para manutenção de planos antigos. Ato contínuo, para ilustrar essa realidade, a Cooperativa Médica Unimed Sergipe possui aproximadamente 64% da sua carteira composta por planos individuais e/ou familiares. Dentro desse universo populacional, 4,5 pontos percentuais (cerca de 3.800 vidas) correspondem a Planos não Regulamentados, cuja idade média é de 56 anos. Além disso, 51% dessas vidas estão na última faixa etária regulamentar (59 anos ou mais). Por fim, se o Instrumento de Revisão Técnica não contemplar essa realidade mutualística, operadoras como a Unimed Sergipe — e tantas outras que atendem populações com esse perfil de risco — continuarão enfrentando altos índices de sinistralidade; sem um reajuste técnico adequado, a sustentabilidade atuarial dessas carteiras permanecerá comprometida, impactando

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
305223	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305223	
305223	

Protocolo	Justificativa
305223	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as
305223	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305223	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados.

Protocolo	Justificativa
305223	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305223	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais e por adesão com menos de cem vidas. § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento.

Protocolo	Justificativa
305223	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% dos contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305223	

Protocolo	Justificativa
305223	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operadora faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305223	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
305223	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305223	

Protocolo	Justificativa
305223	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
305223	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305223	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.
305223	

Protocolo	Justificativa
305223	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de
305223	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
305223	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
305223	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assertiva é criar a possibilidade de afastar as isenções, propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tipo de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305223	

Protocolo	Justificativa
305223	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custosassistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contratos em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305223	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;

Protocolo	Justificativa
305223	redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305223	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.

Protocolo	Justificativa
305223	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente de uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria do cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugerese que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305223	

Protocolo	Justificativa
305223	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além da necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um arcondicionado ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305223	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
305223	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305223	
305223	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
305223	

Protocolo	Justificativa
305223	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica a livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade de existência da administradora de benefícios.
305223	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar que é de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estudos elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais breve possível.
305223	redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305223	

Protocolo	Justificativa
305223	Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além de promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberdade econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima de 25%, sendo 85% de pequeno porte, 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero ou negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão
305223	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
305223	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, entre outros insumos inerentes.
305223	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta não comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Protocolo	Justificativa
305223	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.
305223	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305223	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)

Protocolo	Justificativa
305223	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representam apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305223	

Protocolo	Justificativa
305223	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% decoparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos,

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305223	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão ser atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos dos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.

Protocolo	Justificativa
305223	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos deve prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305223	

Protocolo	Justificativa
305223	Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca-se ainda que, o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo-se as características do produto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305223	2025-02-06 16:53:02	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305223	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305223	

Protocolo	Justificativa
305223	Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômicofinanceiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômicofinanceiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, do reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
305450	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305450	
305450	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentosde apuração e aplicação da R Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicaçãodesta Resolução.

Protocolo	Justificativa
305450	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar- condicionado ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresariais por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-se que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultan ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto deve continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligadas com fraudes e prejuízos financeiros.
305450	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere- se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuari de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de um carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
305450	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órteseepróteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colo entre outros insumos inerentes. § 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Protocolo	Justificativa
305450	§ 5º - A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas. § 6º - Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305450	

Protocolo	Justificativa
305450	I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor corresponde a 3,6(três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado pela Unimed Sul Capixaba, o impacto dessa proposta será de aproximadamente de 10 milhões de reais (2,5%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e qua ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviá para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações da coparticipações, o impacto na Unimed Sul Capixaba levará a uma sinistralidade acima de 100%, compromentendo a perenidade da Operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
305450	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Exclusão
305450	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305450	
305450	
305450	Art. 5º A ANS definirá em InstruçãoNormativaa metodologia de cálculo da RevisãoTécnica,bem como o rito processual e a documentação necessária, tendo referência a metodologia trazidapeloInstituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024,sobreNota deRevisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar

Protocolo	Justificativa
305450	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário d contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.
305450	III - os limites de exposição financeira; A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, a para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.
305450	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere- se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Inclusão
305450	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305450	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas. § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins deagrupamento
305450	I - deverão constar do contrato a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze m consecutivos;

Protocolo	Justificativa
305450	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais comocancelamentose renegociações contratuai em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
305450	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidadesdistintase complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figu jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%)x(1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração do índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pelas operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálculo utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entrada para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços p contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento do agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar u aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala que os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução d número dos beneficiários da saúdesuplementar, sobrecarregando a saúde pública e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305450	

Protocolo	Justificativa
305450	I- a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico- financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operador integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 9(se analisado o período de out/21 a set/24, muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena c chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemer superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivos acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso(apresentardesequilíbrioseconômico- financeirosqueameacemsuasolvência),a sinistralidade do t de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão mais elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhum dos períodos, pois a maior sinistralidade está em83%.Issoocorreemdecorrênciado financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a ofert desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, a demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individuai pelos planos coletivos. Se manter o critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operadora apresentará.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305450	

Protocolo	Justificativa
305450	A exclusão da coparticipação em consultas deve considerar o impacto na saúde suplementar. As isenções aumentarão o valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, elevando a demanda no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Al disso, a isenção imposta pela ANS aumentará o risco moral no setor, induzindo a utilização desnecessária e mudando o comportamento dos clientes, o qu certamente elevará os custos assistenciais e, consequentemente, o preço dos planos de saúde pagos pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, permitindo a participação no financiamento do plano e maior inclusão d população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados pela Operadora, que atualmente possui mais de 95 mil beneficiários em planos com coparticipação, considerando o perío de janeiro a dezembro de 2024, verifica-se um impacto de mais de 8 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/ano. Somado a isso, ressalta-s que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a proposta vai contra o risco moral exposto pela própria ANS, pois in a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação de perda). Da mesma forma, sobre a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é em torno de 500 mil reais. De modo geral, analisando o impacto de todas as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕE, Estima-se que a sinistralidade passe de 80% para 95%. A manutenção da regra proposta resultará no aumento de 25% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilização dos servi de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação de nos atendimentos ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades em 42% devido as isençõ impostas. Com os aumentos necessários para a manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e empresas, qu não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias. Isso promoverá a elitização dos planos de saúde, já que, com os aumentos previstos pela própria ANS, a população não poderá manter os pagamentos. Muitas empresas também não terão condições de manter a contratação de planos para seu funcionários, resultando em uma possível segregação para alguns cargos. Dessa forma, haverá um estímulo ao uso de cartões de desconto e clínicas populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, pois podem comprometer a assistência e levar à insolvência muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se criará uma nova modalidade de plano, que perderá a característica "coparticipativ devido à quantidade de isenções.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305450	

Protocolo	Justificativa
305450	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamen de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento).” (NR) Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberda econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecer o equilíbrio econômico de muitas delas. A margem de resultado para essas operadoras seria zero ou negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despes não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. Este patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) onde a sinistralidade meta corresponde a (1 – C), senc “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cad operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabelecidas na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistencial diferente uma da outra. Deste modo, nãodeveserpreviamente estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de uma sinistralidade meta mínima não se justifica. T medida limitaria a liberdade econômica das operadoras, dificultandosuasestratégiasde competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
305450	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305450	
305450	

Protocolo	Justificativa
305450	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderiater,nomáximo,50%de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$ 250,00 considerando o valor final do procedimento. De acordo com o estudo realizado pela Unimed Sul Capixaba, o impacto dessa proposta será de aproximadamente de 10 milhões de reais (2,5%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvênc de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade isenções. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde.
305450	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
305450	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
305450	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305450	
305450	
305450	

Protocolo	Justificativa
305450	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.
305450	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Paraquehajatransparênciae previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual po procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderiater,nomáximo,50%de coparticipação. Mas o valor a ser pago pe beneficiário não poderia ser superior a R$250,00, considerando o valor final do procedimento. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo
305450	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de co estipulante, independentemente da quantida de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade d existência da administradora de benefícios.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305450	

Protocolo	Justificativa
305450	I- ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on- line; Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. III- manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas. Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo le a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305450	

Protocolo	Justificativa
305450	Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houv alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação. Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o at jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das nov regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca-se ainda que, o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo-se as características do produto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
305450	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305450	
305450	

Protocolo	Justificativa
305450	V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III) Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todo que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico- financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico- financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, c reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre os custos com a assistência médica as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operadoras ajustarem os valores cobrados d beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por s vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com a inflação, cumprindo o princípio atuarial "preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)". Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizações no Rol de Procedimentos e a introduç de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolherem entre ajustar os preços com base na inflação geral ou cor base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. Ao se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessár correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índi de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulação de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada de variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contratos bem como elitiza ainda mais o valor da mensalidade do plano de saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa suprir, além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais e outr
305450	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão
305450	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
305450	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305450	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.
305450	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidospelas operadorasdeverá observar o disposto nesta Resolução Normati
305450	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou maisbeneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
305450	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais asserti é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tipo de programa beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.
305450	É fundamental que o Instrumento de Revisão Técnica também considere os “planos não regulamentados”. É sabido pelo Órgão Regulador que muitas Operadoras de Planos de Saúde ainda gerenciam o risco de subscrição de mútuos com tais características, desbravando desafios como a insuficiência de receita de contraprestação, o envelhecimento populacional da massa segurada e o consequente aumento dos custos assistenciais. Este cenário implica na sobreposição das despesas assistenciais em face das receitas percebidas, gerando prejuízos econômicos significativos e resultando na necessidade de subsídios cruzados entre planos regulamentados para manutenção de planos antigos. Por fim, se o Instrumento de Revisão Técnica não contemplar essa realidade mutualística, operadoras que atendem populações com esse perfil de risco – continuarão enfrentando altos índices de sinistralidade; sem um reajuste técnico adequado, a sustentabilidade atuarial dessas carteiras permanecerácomprometida,impactando diretamente a qualidade e continuidade do atendimento desta população e a geração de resultados positivos de planos regulamentados
305450	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de ris e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
305450	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305450	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz
305450	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Protocolo	Justificativa
305450	I - Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto- socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. De acordo com o estudo realizado pela Unimed Sul Capixaba, o impacto dessa proposta será de aproximadamente de 10 milhões d reais (2,5%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação. II - Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto- socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, Estima-se que a sinistralidade passe de 80% para 95%. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
305450	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305450	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
305450	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderiater,nomáximo,50%de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$250,00, considerando o valor final do procedimento. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, Estima-se que a sinistralidade passe de 80% para 95%. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando osplanos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações d coparticipações, o impacto na Unimed Sul Capixaba levará a uma sinistralidade acima de 100%, comprometendo a perenidade da Operadora. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência d cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido. se preocupar em acompanhar o volume de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração
305450	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305450	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicaçãopréviaao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
305450	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)

Protocolo	Justificativa
305450	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32,aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existempessoasjurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora, e nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relaçã comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência que a ANS não deveria interferir. Em casos excepcionais como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratar ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez que a operadora terá que esperar dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situações de alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.
305450	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais comocancelamentose renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representam apenas 0,32%. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vic condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305450	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;

Protocolo	Justificativa
305450	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, a para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Em suma, as medidas propostas pela ANS, portanto, vão afastar brasileiros do setor de saúde suplementar (como admitido pela própria ANS no RAIR). Ao invés de beneficiar os consumidores, apenas a elite brasileira terá acesso aos planos de saúde, sobrecarregando o SUS e estimulando cartões de desconto clínicas populares. As empresas, que já não suportam o peso dos planos de saúde na “folha”, não conseguirão manter esses benefícios aos seus colaboradores (80% dos planos são coletivos). Particulamente na região Sul do ES irá aumentar a deseguildade já existente na região, dificultando ainda ma o acesso à saúde tornando a população mais carente do atendimento público. As pequenas e médias operadoras, responsáveis por assegurar saúde nas menores cidades do país, não suportarão as exações propostas pela ANS e vã sucumbir. É necessária a flexibilização das propostas realizadas, conforme estudos ora apresentados. A Unimed Sul Capixaba passará por várias dificuldad técnicas para atender essas possíveis mudanças. Portanto, pedimos que a ANS os argumentos técnicos antes de ratificar as propostas previstas na CP 145 evitando redução do n.º de operadoras no mercad principalmente as de pequeno e médio porte que atua nas cidades do interior do pais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305450	2025-02-06 16:59:46	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305450	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305450	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perc sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.

Protocolo	Justificativa
305450	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderiater,nomáximo,50%de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$250,00, considerando o valor final do procedimento. De modo geral, analisando o impacto de todas as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕE, Estima-se que a sinistralidade da Unimed Sul Capixaba passe de 80% para 95%. A manutenção da regra proposta resultará no aumento de 25% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilização dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipaç de nos atendimentos ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades em 42% devido as isenções impostas. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações da coparticipações, o impacto na Unimed Sul Capixaba levará a uma sinistralidade acima de 100%, compromentendo a perenidade da Operadora. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica, a partir do 31º dia, portanto, proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305504	2025-02-06 17:14:35	Operadora
305504	2025-02-06 17:14:35	Operadora
305504	2025-02-06 17:14:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305504	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
305504	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração
305504	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305504	
305504	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Atuarial de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.
305504	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Protocolo	Justificativa
305504	Excluir: I- a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; Justificativa: Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrant do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/24, muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério d elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemente superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivo acabam subsidiando os resultados na análise global As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico financeiros que ameacem sua solvência), a sinistralidade do tipo de contratação individu estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão mais elevados e poderão durar p mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhum dos períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre em decorrência do financiame dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a oferta desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, a demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos. Se manter o critério, quando a sinistralidade alcançar situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operadora apresentará. Aliás, no que tange à demonstração de desequilíbrio da carteira de planos individuais, já que a ANS entende a meta de sinistralidade de 75% é suficiente para fins de cálculo do reajuste do plano coletivo, entende-se que o mesmo indicador poderia ser um parâmetro para concessão da revisão técnica nos planos individuais. Ou seja
305504	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais
305504	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305504	2025-02-06 17:14:35	Operadora
305504	2025-02-06 17:14:35	Operadora
305504	2025-02-06 17:14:35	Operadora
305504	2025-02-06 17:14:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305504	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
305504	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
305504	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
305504	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305504	
305504	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à mantidos operadoras saúde, pelas deverá observar o disposto nesta Resolução Normat
305504	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio da instrução normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução
305504	

Protocolo	Justificativa
305504	Excluir: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade online; Justificativa: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.
305504	Necessário incluir todos os planos não regulamentados, devido à defasagem que eles apresentam atualmente, gerando grandes prejuízos e vultuoso resulta negativo, que podem ocasionar a quebra da operadora, especialmente aquelas que possuam uma carteira considerável de planos não regulamentados. Apenas para citar um exemplo, dentre de tantos outros, a Unimed Sergipe possui mais de 60% da carteira nessa situação e esse é só um caso em que se n houver a possibilidade de revisão técnica, com a ocorrência do financiamento dos planos coletivos, a longo prazo certamente não será sustentável.
305504	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sob Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde.
305504	Exclusão: Parágrafo único. A depender da análise ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas. Justificativa: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo levar a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade prestação dos serviços assistenciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305504	2025-02-06 17:14:35	Operadora
305504	2025-02-06 17:14:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305504	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
305504	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305504	
305504	

Protocolo	Justificativa
305504	Excluir: III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Justificativa: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.
305504	Excluir: III apresentar - a operadora deve evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar. Justificativa: Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formaç inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operador torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. H um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, regiã com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos vio princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigor contratos em que as contraprestações n são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que se possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial d operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305512	2025-02-06 17:16:54	Conselho profissional
305500	2025-02-06 17:17:00	Empresa detentora do registro/fabricante da tecnologia avaliada

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305512	- § 1º A solicitação de autorização para reajuste poderá ser enviada à ANS a par□r do mês de março imediatamente anterior ao período a que se refere à solicitação.	Alteração
305500	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305512	TESTE
305500	Art. 2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde, seja de forma direta (a própria operadora de plan saúde) ou de forma indireta (através de suas plataformas de comercialização). (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)

Protocolo	Justificativa
305512	TESTE
305500	A tentativa de "forçar" a venda online no Brasil traz consigo argumentos fortes de cunho social e material, como o combate à seleção de riscos, à seleção adversa e a redução de custos transacionais na comercialização de planos de saúde. Ocorre, contudo, que as operadoras não são o ambiente correto de implementar a transação digital da contratação de planos de saúde para o brasileiro (p mais que a ilustre Agência esteja correta em suas motivações). Isso, em suma, pelos seguintes motivos: - Cada operadora fica restrita a divulgar apenas as informações dos seus próprios produtos, de forma que o brasileiro médio (com suas dificuldades de aces ao meio digital) teria que buscar as opções de seu interesse de site em site - método custoso e pouco eficiente, o que, na prática e por si só, impediria o sucesso material da empreitada regulatória da Agência reguladora. - As operadoras possuem interesses velados de gestão da informação de seus produtos que vão contra a normatização/padronização da venda online; - As corretoras oferecem um serviço de distribuição dos planos de saúde inestimável ao mercado da saúde suplementar, ao passo que usam de seus recurs próprios para dar amplitude à divulgação de informações críticas ao uso do plano de saúde pelo cliente brasileiro; - seguindo a Lei de Liberdade Econômica, por mais que seja inconstitucional forçar a implementação do meio eletrônico de venda de planos de saúde, o próprio mercado tem a tendência natural de se balizar e "forçar" a adaptação das empresas às medidas que trazem menores custos/melhores resultados comerciais. Em suma, portanto: à medida que a Agência institucionalize a possibilidade das corretoras encabeçarem a implementação da venda online (na forma de comparativo digital, de forma muito mais eficiente e facilitada para o brasileiro), bem como regulamente/padronize sua implementação, ela estará dando iní ao movimento de mercado que consolidará o meio digital de venda de planos de saúde no Brasil (de forma constitucional e gradual, sem atravessar os interesses de nenhum setor do mercado já estabelecido). A concorrência de corretoras se encarregará de trazer soluções acessíveis e de ampla divulgaçã nacional (sem a necessidade de envolver a energia e o orçamento das operadoras de forma direta). Agradeço, desde já, a atenção.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305513	2025-02-06 17:20:53	Operadora
305685	2025-02-06 22:25:12	Paciente

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305513	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
305685	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305513	
305685	

Protocolo	Justificativa
305513	Excluir: “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Justificativa: A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, alé da necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar condiciona ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, um vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausên de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusiv com criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversa Tudo isto reverterá em custo acrescido assistencial. Em relação ao para o mercado oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresaria por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. Já que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-s que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência de forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultando ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto dev continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligada com fraudes e prejuízos financeiros
305685	É uma vergonha a pessoa pagar um convênio médico pela vida toda (quando se pressupõe ter mais saúde e fielmente pagar boletos sem nenhum uso) e quando mais precisa ficar a mercê de reajustes imprevisíveis e impraticáveis. É preciso repensar o sistema, aplicar melhor gestão/processos, mas jogar uma conta para o paciente que pagou por 50 anos um plano de saúde é algo abusivo, frustrante e desrespeitoso. Na verdade inaceitável! Espero que meu apontamento seja realmente refletido e considerado.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305820	2025-02-07 10:55:15	Interessados no tema
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305820	- Inclusão do art. 17-A na RN nº 413, de 2016	Exclusão
305738	- Art. 6º No plano privado de assistência à saúde cole□vo empresarial com número de par□cipantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato cole□vo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do ar□go 29 desta resolução será considerada a totalidade de par□cipantes eventualmente já	Alteração
305738	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
305738	- Art. 53. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de fevereiro de 2023.	Alteração
305738	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305820	
305738	Art. 6º. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a mil beneficiários não poderá ser exig cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de vinculação a pessoa jurídica contratante.
305738	Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em realizados em atendimentos ocorridos em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte: I – (excluir); II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e even realizados.
305738	Art. 53. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de janeiro de 2026.
305738	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores base de remuneração praticados entre a operadora de pla privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, ainda que existam remunerações distintas em face das negociaçõ individuais com cada prestador.

Protocolo	Justificativa
305820	As propostas de alteração que a Ans está tentando fazer no que diz respeito à exclusão da participação de corretores na intermediação das vendas de plan de saúde apresentam riscos para toda uma classe econômica e para toda à população que contrata seguros de saúde. Hoje temos no Brasil cerca de 100 r corretores de planos de saúde que comercializam em sua maioria emagadora planos individuais e planos coletivos por adesão. Esses 100 mil corretores sustentam famílias e fazem a economia girar, gerando renda, comprando e usando serviços, movimentando toda uma cadeia econômica. O que vai ser dess 100 mil famílias? O que acontecerá com elas na falta de renda oriunda do trabalho de intermediação na contratação de planos de saúde? Planos de saúde tem várias particularidades, os produtos tem suas diferenças e características, bem como regras de comercialização específicas, sem fala nas regras da propria Ans. Como os clientes interessados vão fazer para na hora de contratarem, terem suas dúvidas sanadas? Terem uma clareza de qua produto se encaixa no que ele está precisando? O trabalho do corretor de plano de saúde é uma consultoria, onde o corretor identifica as necessidades do cliente e, dentro de uma grande gama de opções, traz soluções que sejam viaveis para cada perfil de individuo/empresa. Quem vai fazer esse trabalho no lugar do consultor de vendas de plano de saúde? O que acontecerá com os clientes que vão ficar à própria sorte para contratar online esse tipo de serviço t específico, importante e necessário? Essa alteração não pode avançar, pois prejudica todos os lados que envolvem essa negociação. Inclusive as operadoras de planos de saúde, que vão deix de ter pessoas especializadas na ponta que hoje fazem um atendeimento personalizado para seus clientes.
305738	Mudar a apuração de carência e CPT conforme o limite de vidas do pool de risco, pois a regra de carência influencia no risco do contrato a integrar o pool
305738	A limitação do mecanismo financeiro de regulação para atendimentos em pronto-socorro poderá ocasionar uma migração das consultas eletivas para aquel realizadas no ambiente hospitalar, sobrecarregando os pronto-atendimentos de forma desnecessária. Ou seja, haverá estímulo à utilização de consultas em pronto-socorro, o que é contrário a demais preceitos da própria ANS, inclusive com indicador específico no Indice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e no Mapeamento do Risco Assistencial. Não temos nenhuma objeção em estabelecer um limite monetário para o valor do mecanismo financeiro de regulação no caso da internação. Entretanto, fix tal valor ao limite de exposição financeira mensal poderá incentivar o beneficiário a realizar uma internação desnecessária para realização de procedimento eletivos com o único objetivo de reduzir sua coparticipação. Nessa hipótese, o plano terá um custo assistencial muito mais elevado, como por exemplo o pagamento de diárias e taxas hospitalares, fato que será refletido quando da aplicação do reajuste. Além disso, a regra não traz exceção para as internaçõ de longo prazo. Lado outro, não considera que diferentes beneficiários de um mesmo contrato poderão ter valor de coparticipação para internação diferencia em razão da diferença no valor da mensalidade de cada um, seja pela idade ou outras circunstâncias como as mensalidades fixadas com base salarial.
305738	Adaptação de sistema ao tema, principalmente pelo levantamento dos dados que comporão o agrupamemento.
305738	Considerando que a remuneração de cada prestador é definida mediante negociação específica com o respectivo prestador, não havendo uma tabela única remuneração, apenas uma tabela base utilizada para início das negociações.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305738	- Art. 37 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração
305738	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, dis□ntos e escalonados por grupos de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes.	Alteração
305738	- Art. 2º da RN nº 413, de 2016	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305738	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos por adesão agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais, ambos com menos de mil beneficiários, para o cálculo do percentual de reajuste que aplicado a esses agrupamentos. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)
305738	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, distintos e escalonados por de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes, ou por tipo de rede utilizada (se própria, credenciada diretamente ou credenciada indireta
305738	É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.

Protocolo	Justificativa
305738	O perfil de utilização dos beneficiários observado em contratos coletivos empresariais e coletivos por adesão são significativamente diferentes. Tal impacto e pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contratos com até mil vida apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos coletivos empresariais, que, em regra geral, apresentam reajuste inferiores.
305738	A gestão de custos é extremamente importante para a sustentabilidade de um plano, sendo que esta gestão passa diretamente pela utilização de diferente tipos de rede de atendimento. Nesta perspectiva, o direcionamento financeiro tem sido amplamente utilizado no mercado e tem maior índice de sucesso co menor índice de reclamação de beneficiários que o direcionamento de acesso. Lado outro, importante deixar claro no texto que eventual diferença de valores cobrados em razão das diferenças de remuneração de prestadores, nos cas em que os mecanismos financeiros são previstos em percentual do custo do procedimento, não caracterizam diferenciação dos mecanismos por prestado não havendo ofensa a regulação em vigor. Sugere: "§1º-A Nos casos em que mecanismos financeiros forem estabelecidos em percentual sobre o custo real procedimento, eventual diferença de valores cobrada em decorrência da diferença de remuneração de cada prestador, não se caracterização fixação de mecanismos financeiros diferentes por prestador".
305738	Manter a redação original: "É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde." Ofertar planos de saúde em plataforma digital possui impactos financeiros diretos que não foram apurados no AIR (criação, desenvolvimento, manutenção plataforma e sistemas), além de impactos operacionais na revisão de fluxos e integração com os parceiros que comercializam esses tipos de produtos. Essa situação é ainda mais gravosa quando não se verifica avaliação por porte, classificação e tipo de atenção, pois certamente os problemas regulatórios s diferentes. A título exemplificativo, o AIR disponível no site sobre o tema vincula a obrigatoriedade da oferta online ao combate à seleção de risco. Ocorre q na modalidade de planos odontológicos, por exemplo, não há queixas de seleção de risco e tampouco ausência de ofertas de planos individuais. Do mesm modo, as entidades de autogestão concentram o maior número de idosos, também não parecendo fazer sentido falar de seleção de risco. Portanto, sem o avanço do AIR dentro dos parâmetros definidos na RN 548 (porte, classificação e tipos de atenção), sugere-se manter a redação atual no qual é facultativa oferta da venda on-line. Ademais, um dos requisitos para o ato administrativo válido é a motivação e a adequação ao interesse público. Além disso, segundo a Lei de Liberdade Econômica, o aumento de custos sem demonstração de benefícios é considerado abuso do poder regulatório. Segundo reconhece o próprio AIR, uma das desvantagens da proposta é que ela aumentará os custos das operadoras. Nesses termos, por imposição legal, seria preciso demonstrar os benefícios que medida acarretaria. Os benefícios, porém, devem ser concretos e não abstratos, baseados em evidências robustas, em problemas regulatórios incontestáve ou outros fatores. Contudo, os supostos ganhos apontados pela ANS não se qualificam como aptos a justificar a medida e o acréscimo de custos. Descreve a ANS, por exemplo, que haveria aumento da transparência, fortalecimento do arcabouço regulatório e diminuição da judicialização. Contudo, ess aspectos não são impactados de maneira positiva em razão, apenas, de ser on line a contratação. Afirma ainda a ANS que será aumentada a concorrência mercado, permitindo que os consumidores comparem facilmente todas as opções disponíveis. A comparação das condições de aquisição de um plano de saúde, porém, se faz em momento pré contratação. Assim, não se sustenta a lógica estabelecida. Menciona a ANS, por fim, que a medida poderia evitar a seleção adversa. Contudo, o risco sobre isso permanece, a despeito da forma de acesso ao plano, e a seleção adversa deve permanecer sendo monitorad pela ANS.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305738	- Art. 48. As autorizações de reajuste de planos individuais ou familiares regulamentados, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, expedidas na vigência da Resolução Norma□va nº 171, de 29 de abril de 2008, permanecem em vigor até o final do período mencionado nos respectivos ofícios autorizativos. Art. 49. Os contratos cole□vos empresariais ou por adesão, firmados antes de 24 de outubro de 2012 e que não tenham sido aditados para adequação de suas cláusulas à metodologia do agrupamento de contratos para fins de cálculo e aplicação de reajuste anual por variação de custo, não poderão receber novos beneficiários, à exceção de novo cônjuge e filhos do titular.	Alteração
305738	- § 1º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, a franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go será aferida proporcionalmente, considerando-se o número de meses restantes até o aniversário ou renovação subsequente do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Alteração
305738	- Art. 7º No plano privado de assistência à saúde cole□vo empresarial com número de par□cipantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do ar□go 29 desta resolução será considerada a totalidade de par□cipantes eventualmente já	Alteração
305738	- § 1º A tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverão constar de forma destacada no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em norma□vo específico, no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.	Alteração
305738	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Exclusão
305738	- § 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mecanismos Financeiros de Regulação, além daqueles elencados no Anexo desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305738	Art. 49 (...) § 1º Os contratos atualmente previstos com pool de risco até 29 beneficiários passam a ser considerados integrantes do novo pool de que trata essa Resc independente de aditamento contratual.
305738	§ 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrat
305738	Art. 7º. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a mil beneficiários não poderá haver cláu agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doença ou lesão preexistente, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta c celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
305738	§ 1º A indicação de onde possa ser consultada a tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste a deverão constar no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em normativo específico, no Portal Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.
305738	
305738	§ 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mec Financeiros de Regulação.

Protocolo	Justificativa
305738	Alteração do art. 49. Como não há item de contribuição para o art. 49 na CP 145, utilizou-se o item de contribuição do art. 48, mas a alteração seria para o a 49. Justificativa: faltou a ANS definir como ficará a transição do 29 para 1.000 vidas em termos práticos.
305738	Alteração referente ao §7º, mas como não há item de contribuição para o §7º, foi utilizado outro § para apresentar a contribuição. Sendo assim, sugere-se alteração do §7º uma vez que a franquia é uma ferramenta que poderá ser utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras pa minimizar os preços propostos, ou seja, a pessoa jurídica contratante e a operadora poderão chegar a um acordo para amenizar os reajustes das contraprestações, através da alteração do valor da franquia.
305738	Mudar a apuração de carência e CPT conforme o limite de vidas do pool de risco, pois a regra de carência influencia no risco do contrato a integrar o pool
305738	Há necessidade do beneficiário ter acesso à tabela de referência, porém a inserir no contrato apenas tornará o documento volumoso, sem benefício ou facilidade de consulta.
305738	Essa regra desestimula a adoção de direcionamento de atendimento, sem nenhum AIR que indique ser necessário esse impedimento.
305738	Alterar o texto para permitir a isenção de fator moderador por critérios exclusivamente contratuais, uma vez que a ANS reconhece no AIR do tema que “(... nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimentos específicos.”

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305738	- Art. 27 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração
305738	- § 7º O limite previsto no § 2º deste ar□go não se aplica aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento.	Alteração
305738	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
305738	- Art. 32 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305738	Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste: I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em c que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; (Incluído pela Resolução Normativa XX, de 20XX) III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da c terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à da de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; (Renumerado do inciso II pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade será apurada tomando por base a proporção entre as de assistenciais líquidas de coparticipação e as receitas de contraprestações deduzidas dos tributos diretos, verificados no período de meses vigentes do contra mês de apuração do reajuste definido no inciso I-b deste artigo; (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)
305738	§ 7º O limite previsto no § 2º deste artigo não se aplica aos planos de segmentação odontológica.
305738	
305738	Art. 32 (...) § 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagam beneficiário.

Protocolo	Justificativa
305738	1) Quanto ao índice de sinistralidade, tendo em vista que não existe a nomenclatura receita direta do plano nos demonstrativos contábeis e, para não gera dúvidas sobre a forma de apuração da sinistralidade, sugere-se com esse novo texto melhor detalhar quais são as despesas assistenciais a serem verificad e as receitas de contraprestações com a devida dedução do imposto direto (que atualmente tem previsão no plano de contas da ANS, conta 32). 2) Sobre a acumulação de índice, propôs a exclusão em razão de: Quando da apuração da necessidade de aplicação de um reajuste na mensalidade de um determinado plano, espera-se que ele seja suficiente para equilibr a situação econômico-financeira para os 12 meses futuros. Quando da vedação da aplicação de reajuste por sinistralidade conjugada com um reajuste financeiro (índice de preço), significa que a ANS está pensand somente na necessidade de reparar uma insuficiência passada, mas não está levando em consideração a necessidade de um ajuste para estabelecer o equilíbrio futuro daquele contrato. Melhor explicando, quando da apuração de um reajuste por sinistralidade, estima-se que o perfil de utilização dos beneficiários, observados nos últimos 12 meses, se manterá nos próximos 12 meses, ou seja, estima-se um mesmo padrão de frequência de utilização e custo médio dos procedimentos. Entretanto não inclusão de um índice de preço para prever a inflação nos próximos 12 meses irá ocasionar um reajuste insuficiente ao necessário para cobrir as despes futuras, pois minimamente espera-se que ocorra um aumento na tabela de remuneração dos prestadores de serviços por um índice de preços, o qual está previsto nos contratos entre prestadores e operadoras Observa-se que nesse caso, mesmo com a apuração do índice técnico (Sinistralidade) e financeiro (índice de preço), eventuais incorporações de novos procedimentos ao Rol ainda não estariam abrangidas no reajuste, mudanças de comportamento do perfil de utilização ou reajustes com os prestadores de serviços acima da inflação. Compreendemos o contexto que levou a ANS a essa proposta, decorrente de cláusulas contratuais prevendo o VCMH apurado pelo IESS (que prevê a apuração conjunta da inflação geral, inflação médica – HCCTR - , aumento em função do envelhecimento da população - aging factor - e demais mudanças frequência de utilização), combinado com sinistralidade. Porém, esses casos pontuais não podem ser utilizados para vedar práticas legitimas de acumulaçã de sinistralidade com índices financeiros nos estritos termos admitidos pelo anexo I da IN ANS 28/22. Por esse motivo, deveria ser considerada, inclusive, a inclusão de um índice técnico, além do equilíbrio por sinistralidade e índice de preços, para prever os aumentos reais de despesas esperados para os próximos doze meses de contrato, ou seja, aumento esperado acima do índice de preços já considerado n apuração do cálculo, para não haver acúmulo de mesmas variáveis.
305738	As disposições previstas na Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamen odontológico em regime misto de pagamento, fundamentam a não incidência de limites para os planos odontológicos, sendo portanto a justificativa para a isenção da regra para os planos odontológicos. Porém, retirar essa justificativa da redação, a torna mais clara.
305738	Conforme apontado nas considerações ao caput, é recomendável não ter limites que acabam onerando a mensalidade de todo o setor.
305738	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade do mês anterior pode confundir o beneficiário, por poder estar composta de juros, multa coparticipação, dentre outros aspectos sequer de conhecimento da operadora, como ocorre no caso de mensalidades cobradas sobre percentual de salário descontados diretamente pelo empregador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305738	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Alteração
305738	- § 1º Nos casos do inciso I do caput deste ar□go, poderão ser cobrados valores dis□ntos a depender da complexidade do atendimento realizado, bem como do atendimento realizado por médico generalista daquele atendimento realizado por médico especialista, conforme previsto em contrato.	Exclusão
305738	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305738	Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Normativa, poderão ser majorados a percentual a ser definido por acordos ou conv coletivas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente. Parágrafo Único. Os planos coletivos empresariais regulados por acordos e convenções coletivas de trabalho não estão sujeitos às isenções de coparticip definidas pela ANS.
305738	
305738	

Protocolo	Justificativa
305738	Acordos ou convenções trabalhistas são definidos junto aos representantes dos próprios empregados/beneficiários, dessa forma, a definição dos percentua de coparticipação deveriam caber livremente entre as partes, assim como os limites de exposição financeira anual e mensal, e ainda isenções de coparticipação. Assim a proposta fica adequada às práticas de mercado e aos entendimentos consolidados do STJ.
305738	Com a proposta de excluir o inciso I, esse parágrafo torna-se sem efeito.
305738	Em análise dos documentos apresentados no AIR, não observou-se embasamento técnico para definição do percentual máximo de 30% pela ANS. Do ponto de vista técnico, entendemos que a limitação do percentual poderia, inclusive, ser maior que os 30%, todavia com limites variados pela complexida dos procedimentos. Observamos que existem OPS com coparticipação de 50% em procedimentos de baixa complexidade, sem números de reclamações registradas na ANS (NIP's). A definição de um percentual máximo de coparticipação é recomendável. Todavia, é necessário deixar claro que: reduzir a coparticipação implicará, obrigatoriamente, o aumento da mensalidade dos planos. A coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusi essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidades mais acessíveis. O AIR, além de não ter trazido parâmetros para 30%, pulou uma etapa importante do processo de debate do tema ocasionado pela Câmara Técnica de 201 cuja conclusão foi pelo percentual de 50%, alinhado, inclusive, com as recentes decisões do STJ sobre a matéria (Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, 2022/0133339-5).

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305738	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
305738	- Art. 40 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305738	
305738	Art. 40. (...) §5º EXCLUIR

Protocolo	Justificativa
305738	É sabido que a grande maioria dos planos de assistência à saúde são estabelecidos em função da faixa etária do beneficiário. Dessa forma, quanto menor idade, menor é o valor da mensalidade. Considerando que as últimas atualizações do rol de procedimentos inseriram procedimentos mais onerosos para o beneficiários da primeira faixa etária, o mercado vem observando uma mudança da regra de solidariedade intergeracional que existia, sendo que os custos d beneficiários com idade mais jovens vêm aumentando constantemente, sendo em alguns casos inclusive maior que a mensalidade cobrada. Dessa forma, ao estabelecer um limite de coparticipação único, vinculado ao valor da mensalidade irá distorcer ainda mais a relação custo/custeio para os beneficiários da primeira faixa etária, ou seja, os beneficiários das faixas etárias intermediárias terão que subsidiar ainda mais essa população. Na hipótese de a ANS manter uma regra de limitação de coparticipação por ano, atrelada ao valor da mensalidade, entende-se que os estudos de impacto regulatório devem ser realizados por faixa etária, sendo que o fator multiplicador da mensalidade deve ser maior para as primeiras faixas etárias quando comparado as demais. Um exemplo da necessidade dessa diferenciação são os casos de terapias para os transtornos globais de desenvolvimento, em qu hoje a coparticipação é um mecanismo importante para não ampliar sobremaneira o número de sessões sem comprovação da melhora ao paciente. Importante destacar, ainda, o mutualismo atuarial existente quando do estabelecimento dos mecanismos de regulação financeira e reajuste. Ao inserir uma série de limitações de cobrança de coparticipação/franquia, além das isenções que estão sendo propostas no artigo 3° da minuta de resolução, para reestabelecer o equilíbrio do plano haverá necessidade de repasse desse valor nos reajustes das mensalidades, o que não é desejado. Quando existe maior rigidez nas regras estabelecidas para os mecanismos de regulação financeira, os beneficiários que possuem maior cuidado com sua saúde, e por consequência uma utilização consciente de procedimentos, serão penalizados por meio de pagamentos de mensalidades mais onerosas. Obse que o pleito não se limita a deixar as regras totalmente livres, tornando os mecanismos de regulação financeira como fator restritivo de utilização, mas sim possibilitar o beneficiário adquirir planos cuja mensalidade será mais acessível para que ele possa ter acesso à saúde suplementar. Ainda considerando os aspectos atuariais, seria relevante que o AIR tivesse sido realizado abordando o impacto regulatório esperado nas garantias financei com a redução das coparticipações/franquias, uma vez que parte das provisões técnicas e do capital baseado em riscos são apuradas considerando os eventos indenizáveis líquidos de coparticipação. Ressalta-se que existem, ainda, planos cujo custeio é estabelecido em percentual de salário, nesse caso, os impactos citados poderão ser ainda maiores. A proposta não trouxe resposta para a forma de apuração da regra em cenários como pagamento por faixa única mas que o contrato prevê tabela por faixa atendimento à RN n° 525, de 2022 (art. 15), ou pagamento por grupo familiar.
305738	Exclusão do §5º. Conforme a própria ANS menciona em seu AIR, a maioria dos contratos hoje coletivos por adesão, não estão contemplados pelo pool, pois operadoras já negociam um reajuste único no contrato com a administradora, dado que há a mistura de contratantes até 29 vidas e acima de 29 vidas. Assi não faria sentido juntar esse público com os empresariais até mil vidas, devendo manter a redação sem alteração. Caso a ANS queira manter a alteração, m uma vez sugerimos que exista o pool de risco de planos coletivos por adesão e um outro para os empresariais até mil vidas, pois os riscos são bem distinto

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305738	- Art. 39. O agrupamento de contratos cole□vos de que trata o art. 37 desta Resolução poderá ser desmembrado em até três subagrupamentos, separados pelo □po de cobertura, que é definido de acordo com a segmentação assistencial do plano ao qual o contrato está vinculado, da seguinte forma: I - sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial "ambulatorial" e "ambulatorial + odontológico";	Alteração
305738	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
305738	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Alteração
305738	- Art. 38. Ressalvada a hipótese prevista no art. 39, a operadora, após a apuração da quan□dade de beneficiários prevista no art. 40, calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305738	Art. 39. Os dois agrupamentos de contratos coletivos de que trata o art. 37 desta Resolução poderá ser desmembrado em subagrupamentos e suas combir da seguinte forma : (...) IV – Planos com e sem Atenção Primária à Saúde; V – Planos com e sem previsão de fator moderador financeiro. § 1º Caso a operadora de planos privados de assistência à saúde opte pelo desmembramento, poderá ocorrer a aplicação de percentuais de reajuste difer dentro do mesmo contrato coletivo, de acordo com o número de subagrupamentos e suas combinações . § 2º A quantidade de percentuais de reajuste diferentes aplicados com base no § 1º deste artigo deverá guardar relação com a quantidade de subagrupam suas combinações, que deverá estar expressamente estabelecida no contrato coletivo, e sua alteração somente poderá ocorrer mediante aditamento dos c
305738	Art. 13 (...) Parágrafo único. Fica assegurada a manutenção dos contratos originais celebrados antes da vigência desta norma, com suas respectivas regras. A renova contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que dis sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação por meio de aditivo contratual correspondente.
305738	§ 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica; II - (...)
305738	Art. 38. Ressalvada a hipótese prevista no art. 39, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista no art. 40, calculará um percentu reajuste com todos os seus contratos coletivos por adesão e outro percentual com todos os seus contratos coletivos empresariais, que deverá ser aplicad todo o agrupamento dos seus contratos.

Protocolo	Justificativa
305738	Alteração do art. 39 para inclusão do subgrupo “Com e Sem Atenção Primária à Saúde”: Considerando que os custos assistenciais vêm apresentando um crescimento real significativo nos últimos anos, e esse crescimento tende a ser continuado em função do desenvolvimento de novos tratamentos e novas tecnologias, uma das principais formas de tentar reduzir esse crescimento dos custos assistenciais, e manter um plano de saúde mais acessível aos beneficiários é a instituição de planos com Atenção Primária à Saúde – APS. A ANS inclusive busca incentivar as OPS na criação desses planos, por exemplo, por meio da instituição de pontuação base na dimensão “Qualidade em Atenção à Saúde”, no Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar – IDSS. Espera-se que o comportamento dos custos assistenciais desses planos seja diferente dos demais planos que não possuem APS, e, por consequência, os seus reajustes sejam menores. A inclusão desses planos no agrupamento do contrato irá contra todos os esforços da OPS e da própria ANS, uma vez que os reajustes serão contaminado pelo crescimento dos demais planos. Para inclusão do subgrupo “Com e Sem Fator Moderador Financeiro”: É sabido que planos sem fator moderador financeiro possuem frequência de utilizaçã muito superior aos planos que possuem esse mecanismo. Tal impacto era pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contrato com até mil vidas a apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos com previsão de coparticipação/franquia, qu em regra geral, apresentam reajustes inferiores.
305738	Dar clareza a manutenção dos contratos celebrados antes da vigência do normativo em respeito ao ato jurídico perfeito.
305738	As disposições previstas na Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamen odontológico em regime misto de pagamento, fundamentam a não incidência de limites para os planos odontológicos, sendo portanto a justificativa para a isenção da regra para os planos odontológicos. Porém, retirar essa justificativa da redação, a torna mais clara.
305738	O perfil de utilização dos beneficiários observado em contratos coletivos empresariais e coletivos por adesão são significativamente diferentes. Tal impacto é pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contratos com até mil vida apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos coletivos empresariais, que, em regra geral, apresentam reajuste inferiores , como pode ser visto no próprio painel dinâmico de reajuste de coletivos da ANS.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305738	- § 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão copar□cipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.	Exclusão
305738	- Art. 33 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração
305738	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
305738	- § 6º É vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços de saúde dos valores devidos a □tulo de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado sempre à operadora de plano privado de assistência à saúde, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual. § 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respec□vo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato. § 8º Na modalidade de franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go, somente incidirá o limite de exposição	Exclusão
305738	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305738	
305738	Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as cober adicionais contratadas em separado, multa e juros.
305738	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 180 dias da sua publicação.
305738	
305738	Art. 3º Para que sejam elegíveis ao instituto da Revisão Técnica as operadoras devem atender cumulativamente aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e II - a operadora deve apresentar evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitala

Protocolo	Justificativa
305738	Há necessidade do beneficiário ter acesso às informações sobre os procedimentos que terão coparticipação, porém listá-los individualmente no contrato apenas tornará o documento volumoso, sem benefício ou facilidade de consulta. Além disso, dado que há revisão do rol frequentemente, com incorporação automática nos produtos, a listagem dentro do contrato torna-se obsoleta em pou tempo após a sua celebração, assim, o que seria transparência, acaba não servindo para consulta no dia a dia, além de poder gerar interpretações equivocadas pelo beneficiário/judiciário, tendo em vista que existem alguns procedimentos que possuem o mesmo código TUSS, mas que com uma diretriz coberta pelo rol de procedimentos e por outra diretriz não possui cobertura.
305738	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade cobrada no boleto sem detalhamento de taxa permite o cruzamento de dados pelo fisco para que possa verificar os valores reportados na DMED são compatíveis com as mensalidades (e taxas) cobradas do usuário.
305738	Adaptação de sistema ao tema.
305738	O impedimento de pagamento da franquia diretamente ao prestador pelo beneficiário, irá agravar de sobremaneira o risco de crédito desses contratos, senc que hoje já existe a previsão de o beneficiário poder realizar o pagamento diretamente ao prestador de serviço nos termos da Consu nº 8/98, sem problema relatados nessa operação. O glossário da saúde suplementar, inclusive até o ano de 2012, previa expressamente que a franquia sempre era paga ao prestador, o que foi excluído na revisões posteriores, porém sem mudança de conteúdo, uma vez que continua a previsão da Consu nº 8/98, e na proposta desta CP a não responsabilidade operadora por este pagamento. Ou seja, quando a operadora não é responsável não cabe a ela transitar o recurso financeiro, pois isso gera risco de crédito não é habitual nas atividades securitárias, quando se menciona não haver responsabilidade. Portanto, essa alteração traz mudança em um conceito internacionalmente conhecido, causando impacto negativo em quem lida com atividade securitária passará a ter dois conceitos para um mesmo instituto.
305738	Excluir o inciso I, pois não seria ideal aplicar a revisão técnica nos planos individuais somente quando verificado o desequilíbrio de toda operadora, pois iss pode fazer com que por diversos anos a carteira coletiva assuma os prejuízos da carteira individual, a qual tem riscos totalmente distintos. Além disso, quan for constatada a insolvência de toda operadora, o percentual de revisão técnica pode estar muito elevada para ser aplicada aos planos individuais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305738	- Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - franquia dedu□vel acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja a□ngido o valor previsto no contrato Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 5 como franquia; e II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, n	Inclusão
305738	- § 1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, mesmo que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de copar□cipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305738	Art. 10-A A fixação de franquia limitada por acesso, não impede a fixação de coparticipação, desde que relativo a procedimentos ou tipo de rede distinto observados os limites impostos neste normativo.
305738	

Protocolo	Justificativa
305738	Respeitar as realidades já existentes no mercado de planos que utilizam concomitantemente os dois fatores de moderação, ainda que adequados ao novo formato regulado.
305738	Existem custeios que são estabelecidos em percentual de salário, nesses casos pode haver grandes variabilidades da base de incidência de contribuição d um mês para outro. A fixação de um único mês como parâmetro pode trazer impacto distorcido para os beneficiários. Por fim, a proposta não trouxe resposta para a forma de apuração da regra em cenários como pagamento por faixa única mas que o contrato prevê tabela p faixa em atendimento à RN n° 525, de 2022 (art. 15), ou pagamento por grupo familiar. Além disso, ao mencionar “taxa adicional” pode dar a entender que é o valor cobrado da administradora. Porém, para o beneficiário há um único valor de mensalidade já inclusa referida taxa, nesse caso, inclusive para que suas informações de plano de saúde à Receita Federal, quando do pagamento do IRP seja coerente com o que a administradora reportará na Dmed. Lado outro, caso se opte pela manutenção da regra, esta deve ser complementada para maior clareza quanto a eventuais cobranças retroativas de reajust autorizadas pela regulamentação, como no caso de contratos de planos coletivos em que a negociação para o reajuste anual ultrapassa o mês de aniversár do contrato. Neste sentido, sugere-se a inclusão: “§1º-A Nos casos em que o reajuste anual ultrapassar o mês de aniversário do contrato, havendo cobranç retroativa do reajuste, a diferença em valor entre o limite mensal de exposição financeira aplicado nos meses sem reajuste e o que poderia ter sido aplicad nestes respectivos meses, poderá ser proporcionalmente cobrada a partir do mês em que o reajuste for aplicado, compensando em um mês o proporcional cada mês sem reajuste, sem que isso caracterize ofensa ao limite mensal de exposição financeira”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305738	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
305738	- Art. 42. A operadora deverá divulgar até o primeiro dia ú□l do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como iden□ficar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no aplica□vo RPC, e seus respectivos produtos, com número de registro na ANS.	Inclusão
305738	- Art. 23 da RN ANS nº 557, de 2022:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305738	
305738	Art. 42 (...) § 3º O primeiro reajuste do agrupamento de contratos de 1.000 vidas será somente a partir de maio de 2026.
305738	Art. 23 (...) §1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante, de inadimplência, fraude e demais casos de rescisão motivada, o contrato de plano de assistê saúde coletivos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao con respeitando o prazo de notificação prévia contratualmente previsto.

Protocolo	Justificativa
305738	Conforme AIR do tema elaborado pela ANS “(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimento específicos.” Essa afirmativa é relevante uma vez que, embora a coparticipação seja instituto amplamente utilizado em diversos países, não se identifica um lista de isenção, o que corrobora o entendimento de que a cobrança de coparticipação, mesmo em procedimentos considerados necessários, não descaracteriza o conceito de risco moral. Além disso, no caso brasileiro, é bastante comum planos empresariais no qual o empregador arca com o valor da mensalidade e o empregado com a coparticipação, quando da utilização, não tendo esse caso a limitação ao conceito de risco moral e sim de copagamento Ademais, embora o AIR tenha mencionado não ter realizado estudo atual sobre o tema e aproveitado o material do Anexo da RN 433, trouxe um formato diverso daquele, combinando com a TUSS, inclusive com procedimentos sequer previstos no rol de procedimentos. Se o procedimento não está no rol por si já é um grande indicativo de que não haveria razões para não exigir coparticipação, podendo até mesmo definir a cobrança da integralidade do procedimen (nos termos da ressalva assegurada pelo art.1°, parágrafo único da Resolução Normativa n° 484, de 2022): “Art. 1º Fica vedada às operadoras de planos de assistência à saúde a operação de sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serem pagos diretamente pelo consumidor ao prestador dos serviços, bem como a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998. Parágrafo único. Não está incluído, na proibição de que trata este artigo, o oferecimento de serviços complementares aos planos definidos na Lei nº 9.656, 1998, desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.” Lado outro, O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS define a cobertura mínima obrigatória a ser assegurada nos planos de saúde regulamentados. Nesse sentido, qualquer procedimento previsto no Rol tem a mesma obrigatoriedade de cobertura dos demais, de forma que essas coberturas não são estabelecidas mediante juízo de valor referente à priorização, necessidade, hierarquia ou privilégio de um procedimento frente a outro. N se apresenta razoável, por conseguinte, criar um critério de diferenciação entre os procedimentos previstos no Rol, apenas com o fim de delimitar aqueles q podem ou não estar sujeitos a incidência de fator financeiro de regulação.
305738	Faltou a ANS deixar claro quando o novo limite de vidas do pool terá vigência, não sendo ideal ser ainda em 2025, pois ficaria um tempo muito apertado pa essa apuração, dado que ainda não sabemos quando haverá a publicação da resolução alterada e muitas operadoras já apuram seu reajuste em março, pa haver tempo hábil de ajustar o sistema, boletos/faturas de cobrança e preparação do extrato pormenorizado .
305738	Alteração do §1º. Fraudes e outros fatos ensejadores de rescisão motivada tb devem permitir o rompimento em prazos diversos. Além disso, a intenção da ANS é regular o momento da rescisão, mas não impedir a rescisão imotivada. Contudo, o trecho final, que determina apresentar “razões” da rescisão pode causar confusão quanto à prerrogativa. Importante ainda excluir o prazo para atender ao comando da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01, que na época revogou o paragem único d art 17 da RN 195, que possui mesmo conteúdo do atual art 23.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305738	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
305738	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Exclusão
305738	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305738	Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respectivos contratos, regulamentos ou instrumentos congê ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os isentos de incidência e cobrança; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais distinções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos meca financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto no art. 7º desta Resolução Normativa; III - os limites de exposição financeira; e IV - os critérios de reajuste dos valores devidos a título de Mecanismos Financeiros de Regulação, se houver.
305738	
305738	Art. 4º A operadora contemplada com o instituto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.

Protocolo	Justificativa
305738	Adequação da redação para as demais proposições realizadas nos demais artigos e que influenciam nessa redação.
305738	Não há um índice único negociado com os prestadores que permita a adoção dessa regra. Lado outro, este normativo já dispõe no inciso IV, do art. 6º, que critérios de reajuste dos mecanismos financeiros devem estar previstos no contrato do plano, deixando claro se tratar de uma condição comercial que deve ficar a cargo das Operadoras estabelecerem as regras deste reajuste, o que conflita com esta disposição. As operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociação junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índice global de aplicação. Além disso, a coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusive, essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidade mais acessíveis, o que hoje é admitido na regulamentação, inclusive com previsão no RPC. Dessa forma, limitar o reajuste da coparticipação ao índice aplicado junto aos prestadores de serviço, principalmente nas negociações de contratos coletivo com empregadores, irá trazer um impacto negativo para o reajuste dos beneficiários pelos fatos mencionados anteriormente.
305738	Excluir a obrigatoriedade de ser por venda on line prevista no inciso I e deixar que a operadora defina qual será a forma de comercialização .

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305738	2025-02-07 11:00:42	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305738	- § 5º O reajuste previsto no parágrafo anterior deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses e não poderá ser aplicado quando inexis□r previsão contratual em relação aos seus critérios de aferição e aplicação.	Alteração
305738	- § 2º Para indicação do prestador de serviços de saúde, conforme previsto no caput e no § 1º deste ar□go, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá observar o norma□vo específico que dispõe sobre a garan□a de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximos para atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos listados no Anexo desta norma.	Alteração
305735	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305738	§ 5º O reajuste dos mecanismos financeiros de regulação deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses.
305738	§ 2º Para indicação do prestador de serviços de saúde, conforme previsto no caput e no § 1º deste artigo, a operadora de planos privados de assistência à deverá observar o normativo específico que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximo atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos que serão isentos da cobrança Mecanismos Financeiros de Regulação.
305735	

Protocolo	Justificativa
305738	Manutenção da previsão do reajuste a cada 12 meses, entretanto, sem a necessidade de indicação dos critérios para aferição, tendo em vista, que as operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociaç junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índ global de aplicação. A coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusi essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidades mais acessíveis. Dessa forma, a definição de um critério único impossibilitará da realização de negociações entre as partes em períodos específicos.
305738	Adequar o texto considerando que a regulamentação permite a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação que não estão contemplados no anexo desta resolução. Ademais a adequação visa o alinhamento com a proposta de exclusão do caput atual do art. 3º, considerando que a ANS reconhece no AI do tema que “(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimentos específicos”.
305735	Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, por meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formação inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria qu operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. Há um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, região com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos viola princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigo contratos em que as contraprestações não são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operado Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
305735	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão
305735	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
305735	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305735	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz
305735	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.
305735	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;
305735	

Protocolo	Justificativa
305735	Há uma carência de fundamentação técnica, e algumas medidas são difíceis de entender tanto para os beneficiários quanto para as operadoras. Um exemp disso é a imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento em pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a s inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
305735	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assert é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tip de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.
305735	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,6(no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.
305735	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305735	

Protocolo	Justificativa
305735	Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído o inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver em risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisão técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/24, muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que torna a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dado apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemente superio média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivos acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômicofinanceiros que ameacem sua solvência), a sinistralidade tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão ma elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhum dos períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre e decorrência do financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a ofert desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, a demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individuai pelos planos coletivos. Se manter o critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operadora apresentará. Aliás, no que tange à demonstração de desequilíbrio da carteira de planos individuais, já que a ANS entende a meta de sinistralidade de 75% é suficiente pa fins de cálculo do reajuste do plano coletivo, entende-se que o mesmo indicador poderia ser um parâmetro para concessão da revisão técnica nos planos individuais. Ou seja, ultrapassada essa meta, seria possível a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
305735	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
305735	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração
305735	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305735	
305735	
305735	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo;
305735	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica no âmbito da S Suplementar.

Protocolo	Justificativa
305735	a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser utilizado índice de preço; e No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operado
305735	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo levar a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade prestação dos serviços assistenciais.
305735	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representar apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada a pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior port adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
305735	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráter técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão
305735	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
305735	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305735	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.
305735	
305735	

Protocolo	Justificativa
305735	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.
305735	Não há exigências a serem feitas, salvo a realização de um estudo apropriado que elimine a necessidade de revisões técnicas futuras dentro de um prazo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve ser entendi como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não dev consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercializaçã após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.
305735	Inicialmente, com base na redação proposta, entende-se que será excluída a possibilidade de a operadora cobrar os valores restantes – caso os limites mensal/anual sejam mantidos – nos períodos seguintes, o que seria extremamente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário d contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305735	

Protocolo	Justificativa
305735	A fim de prevenir possíveis alegações de imprevisibilidade, consideramos que o contrato deve estipular um percentual por procedimento, bem como um limi máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%).Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde.A introdução de limites anuais mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para as operadoras dev à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações da coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equ ivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, entende-se que pode ser estabelecido que o valor de coparticipações não poderá ser superior a uma mensalidade, podendo ser cobrado o excedente nos meses seguintes. O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
305735	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305735	
305735	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.

Protocolo	Justificativa
305735	A retirada da incidência de coparticipação em consultas, conforme desejado, deve considerar os efeitos que essa mudança terá sobre a saúde suplementa As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a deman no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, poi induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários.De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em c há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contrat em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/ano. Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a proposta vai contra o risco moral exposto pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saber que não terá coparticipação (sensação de perda). Da mesma forma, sobre a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando o impacto de todas as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕ ao comparar o resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positivo de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Estima-s que a sinistralidade aumente em 7,5 pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verificase que a manutenção da regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilizaçã dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades em 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvênc de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade isenções. Com base nos estudos realizados (os quais serão enviados à ANS), entende-se que é necessária a adequação no Anexo, no seguinte sentido:
305735	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
305735	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Inclusão
305735	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305735	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat Justificativa: Necessário incluir todos os planos não regulamentados, devido à defasagem que eles apresentam atualmente, gerando grandes prejuízos e vu resultado negativo, que podem ocasionar a quebra da operadora, especialmente aquelas que possuam uma carteira considerável de planos não regulamentados. Apenas para citar um exemplo, den tantos outros, a Unimed Sergipe possui mais de 60% da carteira nessa situação e esse é só um caso em que se não houver a possibilidade de revisão técnica, com a ocorrência do financiamento dos coletivos, a longo prazo certamente não será
305735	§ 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento.
305735	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a s considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
305735	Necessário incluir todos os planos não regulamentados, devido à defasagem que eles apresentam atualmente, gerando grandes prejuízos e vultuoso resulta negativo, que podem ocasionar a quebra da operadora, especialmente aquelas que possuam uma carteira considerável de planos não regulamentados. Apenas para citar um exemplo, dent de tantos outros, a Unimed Sergipe possui mais de 60% da carteira nessa situação e esse é só um caso em que se não houver a possibilidade de revisão técnica, com a ocorrência do financiamento dos planos coletivos, a longo prazo certamente não será sustentável.
305735	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados e reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
305735	Sugere-se que a ANS implemente a diferenciação com base no porte das operadoras, a fim de equilibrar a distribuição dos riscos com a capacidade de negociação das operadoras de menor porte. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo d vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão
305735	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305735	
305735	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perc sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.

Protocolo	Justificativa
305735	Levando em conta que já existe um relacionamento mutualista estabelecido na condição de estipulante do contrato que o gerencia, a exigência definida pe normativa prejudica a livre concorrência no mercado, ao incluir no mesmo agrupamento contratos com perfis de risco diferentes. Além disso, essa imposiçã entra em conflito com o próprio objetivo da administradora de benefícios.
305735	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica, a partir do 31º dia, portanto, proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois nã terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
305735	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração
305735	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305735	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.
305735	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
305735	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Protocolo	Justificativa
305735	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuari de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde.
305735	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes.Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência que ANS não deveria interferir. Em casos excepcionais como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratante, ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo de 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez que operadora terá que esperar dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando a liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situações alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.
305735	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estudos elaborados demonstram uma sinistralidade de mais 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais breve possível.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305735	

Protocolo	Justificativa
305735	V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III) Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todo que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômicofinanceiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômicofinanceiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, d reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre os custos com a assistência médica as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operadoras ajustarem os valores cobrados d beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Po sua vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com a inflação, cumprindo o princípio atuarial da “preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)”. Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizações no Rol de Procedimentos e a introdução de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obrigaas operadoras a escolherem entre ajustar os preços com base na inflação geral ou com base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. Ao se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessár correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índice de preços para o período seguinte, perpetuar um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulação de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada de variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contratos bem como elitiza ainda mais o valor da mensalidade do plano de saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa suprir, além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais e outr fornecedores da operadora, os impactos das novas coberturas decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos que são aprovadas durante a execução dos contratos, portanto, não precificadas, que de fa não constam no histórico de utilização presente, ou passada, mas que farão parte do custo futuro do contrato. O índice financeiro é uma forma de aplicaçã

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
305735	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
305735	
305735	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colo entre outros insumos inerentes.

Protocolo	Justificativa
305735	Há uma carência de fundamentação técnica, e algumas medidas são difíceis de entender tanto para os beneficiários quanto para as operadoras. Um exemp disso é a imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento em pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta seráde mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e ma capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimento, o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização d sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúc ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acesso a esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
305735	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
305735	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305735	
305735	

Protocolo	Justificativa
305735	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamen de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento).” (NR) A princípio, acreditamos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade do mercado fosse considerada como a sinistralidade meta a ser alcançada nc contratos coletivos. Caso isso aconteça, estaremos diante de uma séria violação ao princípio constitucional da livre iniciativa, à lei da liberdade econômica além de fomentar uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberda econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima de 25%, sendo 85% de pequeno porte 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero ou negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não fora consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado no ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesa não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. Este patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) onde a sinistralidade meta corresponde a (1 – C), sendo “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cad operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabelecidas na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistencial diferente uma da outra. Deste modo, não deve ser previamente estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de uma sinistralidade meta mínima não se justifica. Tal medida limitaria liberdade econômica das operadoras, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas.
305735	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, a para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
305735	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305735	
305735	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz

Protocolo	Justificativa
305735	Não há exigências a serem impostas, salvo a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de revisões técnicas futuras dentro de um praz relevante, além da comunicação prévia aos beneficiários, conforme estipulado na minuta. Vale ressaltar que esse instrumento não deve ser interpretado cor um benefício, mas como um direito das operadoras, pois é fundamental para assegurar a continuidade dos serviços assistenciais. Além disso, a ANS não de vincular a comercialização de planos individuais à necessidade de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que desejam comercializar. Como alternativa, propõe-se a possibilidade de um termo de compromisso ou declaração, onde a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.
305735	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de prontosocorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305735	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305735	
305735	

Protocolo	Justificativa
305735	A interferência exercida pelo órgão regulador. A maneira como uma empresa deve agir. A venda de seus produtos afronta determinações constitucionais e legais. Ainda, além de uma estrutura, é necessário uma estrutura tecnológica e fundos financeiros. A venda obrigatória online pode gerar o aumento nas fraudes que já é percebido e veem prejudicando as operadoras. Oferecer serviços contínuos e assuntos relacionados ao tema sensível, como a saúde deve ser tratada de forma adequada e uma operação na internet qu permite a aquisição de bens de consumo, em geral, não é recomendado contratar um plano de saúde, pois não é equivalente a adquirir um arcondicionado qualquer outro produto similar. A venda online, apesar de facilitar o acesso aos planos de saúde, eleva o risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentam dificuldades, pa compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, com a ausência de uma orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem demonstrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresariais por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-se que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência d forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológica e financeiro), dificultand ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto deve continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com contratação digital, intimamente ligadas com fraudes e prejuízos financeiros.
305735	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processu e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
305735	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração
305735	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305735	
305735	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas.
305735	

Protocolo	Justificativa
305735	b) nos casos em que for utilizado índice de preço não poderá ser utilizado percentual por meta de sinistralidade. No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limitará a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte d operadora.
305735	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados e reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
305735	Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o at jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes deven ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca-se ainda que, o aumento de cus dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajus mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores mantendo-se as características d produto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
305735	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305735	
305735	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
305735	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participante entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.
305735	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em ge Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impact direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305735	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze m consecutivos;

Protocolo	Justificativa
305735	Viabilizar a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, empregando uma fórmula de fácil entendimento por todos que participem do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposiç inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíb econômicofinanceiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relaçõ assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração do índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pelas operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálculo utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entrada para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços p contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento do agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar um aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala que os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução de número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde pública e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305735	

Protocolo	Justificativa
305735	Para evitar questionamentos sobre imprevisibilidade, acreditamos que o contrato deve estabelecer um percentual por procedimento, além de um teto máxin em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvên de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade isenções. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda ma inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futur será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar d perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305735	2025-02-07 11:06:19	Operadora
305889	2025-02-07 11:16:23	Empresa/indústria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305735	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
305889	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305735	
305889	

Protocolo	Justificativa
305735	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menos impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda ma inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. om um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro se o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O
305889	Por que precisamos manter o corretor de seguros intermediando, afinal o corretor estuda e se habilita para isso, a venda deve ser feita por pessoa competer e não por telemarketing e nem venda automática, o que pode levar o cliente ao erro e indução.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305903	2025-02-07 11:18:41	Paciente
305899	2025-02-07 11:19:24	Interessados no tema
305894	2025-02-07 11:21:04	Outro
305909	2025-02-07 11:22:32	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305903	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305899	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305894	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305909	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305903	
305899	
305894	
305909	

Protocolo	Justificativa
305903	Acredito que o corretor de seguros é uma figura importante e ajuda os clientes a tomarem a melhor decisão, e o mais importante, ele não é vinculado a nenhuma empresa, então busca o que é melhor para o cliente.
305899	Tenho meu diploma na SUSEP para ser uma corretora de planos de saúde, tenho o meu direito de ter os privilegios da venda por mim, sem ter como consequencia a diminuição do papel dos corretores através dessa nova normativa.
305894	Sou contra a venda direta e a exclusão dos corretores no processo de intermediação, devido a falta de etica que há hoje quando um cliente tenta contratar plano via corretor e as empresas declinam o contrato por alegar que não tem interesse comercial, quando na verdade é por alguma doença ou lesão pre existente, quando pedimos para o cliente contratar direto a empresa eles ficam jogando o cliente de um lado para o outro e o cliente fica perdido, voltando a corretor para orienta-lo e verificar quais opções tem no mercado e como auxiliar para que o cliente consiga contratar o plano que melhor atenda suas necessidades, o cliente final não conhece as operadoras de planos de saúde existentes, quais melhores tabelas e redes. Sem um profissional especializado não tem como o cliente ser bem orientado.
305909	Gostaria de esclarecer alguns pontos importantes sobre a resolução que a ANS pretende implementar, permitindo a venda online de planos de saúde sem intermediação do corretor. É fundamental que se compreenda o papel essencial do corretor nesse processo. Nosso trabalho vai muito além da simples venda: realizamos estudos personalizados, explicamos detalhadamente as operadoras, esclarecemos todas as regras e garantimos que o cliente faça a escolha mais adequada às sua necessidades. A redução de custos no setor não está ligada à retirada do corretor, mas sim à competitividade, à diminuição da burocracia e, principalmente, a uma fiscalização eficiente. Não se pode ignorar o impacto que temos ao orientar pessoas sem conhecimento técnico, esclarecendo diferenças entre produtos, benefícios e qual opçã melhor atenderá suas demandas. Diante disso, esperamos que essa resolução seja revista, pois conta com a desaprovação de 99% dos profissionais do setor... ATENCIOSAMENTE LETICIA ARAUJO MAZZEO LIMA

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305911	2025-02-07 11:23:08	Outro
305910	2025-02-07 11:24:24	Outro
305913	2025-02-07 11:25:03	Outro
305901	2025-02-07 11:25:49	Paciente
305912	2025-02-07 11:30:06	Consultoria
305938	2025-02-07 11:30:28	Consultoria
305936	2025-02-07 11:31:00	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305911	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305910	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305913	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305901	- § 2º Frustrada a nova tenta□va de no□ficação por via postal, esta será realizada por edital, publicado uma única vez no Diário Oficial da União, e o processo ficará suspenso por até um ano, até que a operadora envie o endereço atualizado e a no□ficação seja devidamente efetuada ou até que o beneficiário atenda os termos do edital.	Inclusão
305912	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305938	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305936	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305911	
305910	
305913	
305901	os clientes precisam dos corretores para contratar um plano de saúde devido sua importância para esclarecer todas as dúvidas e indicar o melhor plano p beneficiário. Se for feito direto nas operadoras mesmo que de forma on line no site da operadora ele não terá estas informações relevantes e poderá contr plano errado, gerando inconvenientes e transtornos para ele próprio e para a operadora do plano contratado. Além disso com certeza as operadoras não repassar esta redução de custos que tem com corretores, aos clientes porque só visam o lucro, quanto mais melhor. Os corretores poderão fazer estes co igualmente de forma on line com a mesma agilidade porém com mais assertividade no que diz respeito à escolha do cliente.
305912	
305938	
305936	O plano de saúde precisa ser fechado com um vendedor, que preste toda a assessoria e auxilie o cliente final no que for necessário.

Protocolo	Justificativa
305911	O profissional de vendas é um elo importante para o cliente que sem ele ficará a mercê de automações. Não tendo acesso humanizado para auxilia-lo no momento de necessidade da contratação e principalmente do pós venda e utilização.
305910	O livre comércio deve deixar as operadoras de planos de saúde livres para escolher se querem ou não oferecer seus serviços via contratação eletronica.
305913	Surreal deixar o cliente realizar a compra direto pelo site... até quem tem domínio próprio com a tecnologia atual não consegue finalizar o processo sem a aju de um corretor. o suporte do corretor é completamente importante e fundamental para finalizar e concretizar a venda. inclusive, o pós venda que é realizado para empresas e pessoas físicas de modo geral
305901	os clientes precisam dos corretores para contratar um plano de saúde devido sua importância para esclarecer todas as dúvidas e indicar o melhor plano para beneficiário. Se for feito direto nas operadoras mesmo que de forma on line no site da operadora ele não terá estas informações relevantes e poderá contrat o plano errado, gerando inconvenientes e transtornos para ele próprio e para a operadora do plano contratado. Além disso com certeza as operadoras não in repassar esta redução de custos que tem com corretores, aos clientes porque só visam o lucro, quanto mais melhor. Os corretores poderão fazer estes contratos igualmente de forma on line com a mesma agilidade porém com mais assertividade no que diz respeito à escolha do cliente.
305912	Ter um plano de saúde hoje em dia é uma tarefa exercida por terceiros, devido a ajuda que os mesmo precisam após a contratação do plano. Não é simplesmente comprar, é necessário um entendimento do que cada operadora oferece para aquisição, e não será uma venda qualitativa para seus beneficiários.
305938	Sou contra pois é indispensável o intercambio de um vendedor neste neg´ócio.
305936	O plano de saúde precisa ser fechado com um vendedor, que preste toda a assessoria e auxilie o cliente final no que for necessário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305950	2025-02-07 11:33:39	Consultoria
305949	2025-02-07 11:34:16	Empresa/indústria
305935	2025-02-07 11:34:17	Paciente
305935	2025-02-07 11:34:17	Paciente
305952	2025-02-07 11:35:35	Interessados no tema
305916	2025-02-07 11:37:34	Outro
305940	2025-02-07 11:38:25	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305950	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305949	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305935	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Inclusão
305935	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Inclusão
305952	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305916	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305940	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305950	
305949	
305935	Discordo da liberaçao eletronica.
305935	Discordo desta medida.
305952	
305916	
305940	

Protocolo	Justificativa
305950	São inúmeros corretores e consultores que serão afetados, inclusive grandes empresas que atuam no ramo como prestadores de serviços às operadoras. uma regressão dada continuidade. Plano de saúde deve ser fornecido por corretores exclusivamente.
305949	Acredito que deve ser de livre escolha a opção de contratação do plano de saúde! Não sendo obrigado a falar e tratar diretamente com a operadora. Corretores estão aqui para auxiliar no pós venda, tirar duvidas do cliente.
305935	Discordo, visto que nao temos atendimento no momento de pós vendas, e nem análise de mercado para saber melhor custo x beneficio, pois os corretores/produtores tem este "feeling". Alem de que muitos trabalhadores podem perder a possibilidade de ganho e tendo entao empresas como corretora seguros e produtores sofrendo com a baixa demanda. Outra coisa importante: o preço de quem trabalha como corretor deve ser o mesmo caso esta medic seja aprovada para que nao haja desigualdade entre as partes envolvidas.
305935	Discordo da medita, visto que não temos atendimento no momento de pós vendas, e nem análise de mercado para saber melhor custo x beneficio. Além d que muitos trabalhadores podem perder a possibilidade de ganho e tendo então empresas como corretora de seguros e produtores sofrendo com a baixa demanda. Outra coisa importante: o preço de quem trabalha como corretor deve ser o mesmo caso esta medida seja aprovada para que não haja desigualdade entre as partes envolvidas.
305952	É necessário o corretor para contratação de planos de saúde, pois é através dos corretores que os clientes ficam por dentro dos direitos de coberturas que t sobre o plano, é através dos corretores que os clientes tem o suporte e tira todas as suas dúvidas sobre os planos. O papel do corretor é essencial na contratação dos planos.
305916	O trabalho do corretor vai muito além da simples contratação, ele auxilia o cliente na busca da melhor escolha de acordo com seu perfil, entendo a sua necessidade. Além de todo esse serviço também auxilia em qualquer eventualidade dando suporte após a contratação. É um trabalho que exige comprometimento e muita responsabilidade pois lidamos com o bem mais importante que as pessoas possuem, sua saúde, Dito isso, essa mudança pode acabar com o nosso trabalho, somos milhares, eu como mãe solteira, que sustento a minha casa e minha filha com esse serviço, essa mudança me trouxe uma preocupação enorme. Trazendo para o ponto de vista prático, grande parte dos clientes vão ter muita dificuldade na contratação online, podendo ocorrer vários erros, danos e mu dor de cabeça para ambas as partes. Por tanto na minha opinião esse item deve ser excluído.
305940	Pelo fato do cliente não saber como funciona o plano de saúde e poder tirar todas as suas duvidas com o corretor. Pois todos os corretores são muito importantes para fazer toda uma explicação de como funciona todos os procedimentos antes da contratação para o cliente ter uma noção e estar ciente na hora da contratação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305960	2025-02-07 11:38:56	Interessados no tema
305961	2025-02-07 11:39:59	Paciente
305957	2025-02-07 11:41:11	Prestador
305953	2025-02-07 11:41:44	Consultoria
305965	2025-02-07 11:43:53	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305960	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305961	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305957	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305953	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305965	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305960	
305961	
305957	
305953	
305965	

Protocolo	Justificativa
305960	O corretor de vendas de planos de saúde desempenha um papel crucial no mercado de seguros, atuando como um intermediário entre as operadoras de planos de saúde e os clientes. 1 -Prospectar e Contatar Clientes: visto que se ocorrer vendas estritamente online, as Operadoras terão que investir muito mais com a prospecção dos clientes, 2-Apresentar Produtos: 3- Analisar Necessidades: 4 -Orientar e Esclarecer Dúvidas: Indispensável para uma VENDA CORRETA de acordo com a necessidade de cada cliente; 5-Negociar e Personalizar Propostas: 6- Acompanhar o Pós-Venda: o Consultor Planos de saúde não só faz uma venda, constrói um relacionamento com o cliente prestando um serviço Consultivo e de confiança!
305961	Pelo fato do cliente não saber como funciona o plano de saúde e poder tirar todas as suas duvidas com o corretor. Pois todos os corretores são muito importantes para fazer toda uma explicação de como funciona todos os procedimentos antes da contratação para o cliente ter uma noção e estar ciente na hora da contratação.
305957	Essa norma vai deixar muitos desempregados, e deixar os clientes sem suporte algum apos a contratação do plano de saúde
305953	Nós corretores somo habilitados e ajudamos todos nossos clientes na contratação do plano de saúde fazendo as comparações entre os planos,. Muitos fazemos o pós venda e somos nós quem direciona os clientes as denuncias na ANS. Quem vai intermediar os problemas entre cliente e operadora em cas de negativas nos planos que são bem abusivos. Dependemos dessa profissão para sobreviver, e acabaria com uma grande parte da classe trabalhadora.
305965	Sou contra a obrigatoriedade da venda online por parte das operadoras e administradoras porque somente o corretor é capaz de fazer uma venda consultiv respeitando os interesses do consumidor. A operadora ou administradora vão empurrar apenas os planos de interesse dela para o consumidor.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305969	2025-02-07 11:53:31	Interessados no tema
305995	2025-02-07 11:59:56	Outro
305970	2025-02-07 12:03:21	Interessados no tema
306013	2025-02-07 12:06:37	Outro
306016	2025-02-07 12:07:25	Interessados no tema
306025	2025-02-07 12:17:49	Interessados no tema

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305969	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305995	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305970	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306013	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306016	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306025	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305969	
305995	
305970	
306013	
306016	
306025	

Protocolo	Justificativa
305969	A mudança em questão trará um impacto negativo em diversas frentes, inclusive, no próprio objetivo do artigo. Quando a ans trata de redução no valor de planos de saúde retirando o intermediário, não leva em consideração os diversos custos que as operadoras terão com suas centrais de venda, marketing, er outros. Além de impactar diretamente na vida de milhares de corretores de planos de saúde que sustentam suas casas com o seu trabalho de consultoria. Além disso, o consumidor ficará perido, tento que entrar em site de operadora por operadora para pode falar com diversas fontes e enccontrar o plano que melhor atenda as suas necessidades, ou seja, ele não conseguirá ter uma atendimento único com um consultor que poderia poupar o tempo desse cliente Dito isso, podemos observar que essa mudança traz prejuízos para todos os envolvidos, operadoras, corretores e cosnumidores, não tem nexo de causalida positiva a implementação deste artigo.
305995	Além de apoiar cliente em todo o processo de contratação e atendimento, as corretoras podem auxiliar as empresas na gestão do plano de saúde empresar e intermediar as necessidades das pessoas com as operadoras, resolvendo questões como reembolso, liberação de senhas para procedimentos, agendamento de consultas, etc. Não faz sentido a retirada do intermediador para trazer a venda 100% direta.
305970	Os corretores de planos de saúde são essenciais, pois conseguem informar ao consumidor qual o plano de saúde se adequa melhor a sua necessidade. Ale de que sem os corretores as vendas de planos de saúde cairão, superlotando a rede de saúde pública. Além de que é um meio em que o consumidor tem tirar duvidas diretamente, assistência a informações mais rápidas.
306013	QUANDO DA CONTRATAÇÃO ELETRONICA SEM A INTERMEDICAÇÃO DE UM CORRETOR DE SEGUROS O BENEFICIÁRIO NÃO TERÁ QUEM EXPLIQUE PARA ELE AS DIFERENÇAS DE COBERTURAS E OS MODELOS DE CONTRATAÇÕES GERANDO ASSIM NO MERCADO, INSEGURANÇA UMA AVALANCHE DE PROCESSOS POR FALTA DE ENTENDIMENTO NA CONTRATAÇÃO.
306016	Sou contra, pois acredito que o contratante tem o direito de consultar um corretor experiente, garantindo uma contratação mais assertiva e evitando problem de contratações equivocadas e cancelamentos posteriores.
306025	Plano de saúde deve ser feito com o corretor. Além de acabar com uma profissão, a operadora ficará sempre na defensiva e isso prejudicará tanto os usuár como a saúde suplementar do país, sabendo que o SUS não dá suporte suficiente a população.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306022	2025-02-07 12:18:12	Profissional de saúde
306008	2025-02-07 12:18:40	Operadora
306008	2025-02-07 12:18:40	Operadora
306008	2025-02-07 12:18:40	Operadora
306008	2025-02-07 12:18:40	Operadora
306008	2025-02-07 12:18:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306022	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306008	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
306008	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
306008	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração
306008	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
306008	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306022	
306008	A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.
306008	
306008	A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tendo c referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.
306008	Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
306008	

Protocolo	Justificativa
306022	Não concordamos com isso, além de prejudicar milhares de vendedores, trabalhadores que necessitam de sustentar suas famílias, corretores e consultores gerar desemprego, sobrecarga nas operadores de saúde. plano de saúde é com vendedor.
306008	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuari de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de um carteira de planos de saúde.
306008	Excluir o "inciso III". Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.
306008	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere?se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.
306008	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.
306008	Excluir o "Parágrafo único". Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo le a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306008	2025-02-07 12:18:40	Operadora
306008	2025-02-07 12:18:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306008	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
306008	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306008	
306008	A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa.

Protocolo	Justificativa
306008	Excluir o "inciso III". Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, por meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formação inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. Há um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, região com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos viola princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigo contratos em que as contraprestações não são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.
306008	É fundamental que o Instrumento de Revisão Técnica também considere os “planos não regulamentados”. É sabido pelo Órgão Regulador que muitas Operadoras de Planos de Saúde ainda gerenciam o risco de subscrição de mútuos com tais características, desbravando desafios como a insuficiência de receita de contraprestação, o envelhecimento populacional da massa segurada e o consequente aumento dos custos assistenciais. Este cenário implica na sobreposição das despesas assistenciais em face das receitas percebidas, gerando prejuízos econômicos significativos e resultando na necessidade de subsídios cruzados entre planos regulamentados para manutenção de planos antigos. Ato contínuo, para ilustrar essa realidade, a Cooperativa Médica Unimed Sergipe possui aproximadamente 64% da sua carteira composta por planos individuais e/ou familiares. Dentro desse universo populacional, 4,5 pontos percentuais (cerca de 3.800 vidas) correspondem a Planos não Regulamentado cuja idade média é de 56 anos. Além disso, 51% dessas vidas estão na última faixa etária regulamentar (59 anos ou mais). Por fim, se o Instrumento de Revisão Técnica não contemplar essa realidade mutualística, operadoras como a Unimed Sergipe — e tantas outras que atend populações com esse perfil de risco — continuarão enfrentando altos índices de sinistralidade; sem um reajuste técnico adequado, a sustentabilidade atuarial dessas carteiras permanecerá comprometida, impactando diretamente a qualidade e continuidade do atendimento desta população e a geração de resultados positivos de planos regulamentados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306008	2025-02-07 12:18:40	Operadora
306008	2025-02-07 12:18:40	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306008	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
306008	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306008	
306008	

Protocolo	Justificativa
306008	Excluir o "inciso I". Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.
306008	Excluir o "inciso I" do artigo 3º. Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/2 muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemente superior à média geral. Além disso, observa-se qu os contratos coletivos acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico?financeiros que ameacem sua solvência), a sinistralidad do tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serã mais elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revis técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhum dos períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre e decorrência do financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a ofert desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, a demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individua pelos planos coletivos. Se manter o critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operadora apresentará. Ademais é importante destacar que, às Agências Reguladoras, não é permitida a criação de leis ou mesmo a inovação daquilo que o legislador definiu. Nes sentido, veja que art. 4º, XVII, da Lei nº 9961/2000 e o art. 16, XI, da Lei nº 9.656/98, estabelecem a viabilidade de revisão técnica, entretanto, não inclui requisitos dos quais a norma pretende criar. Portanto, a inclusão dos critérios de elegibilidade/contrapartidas trata-se de uma inovação legal e vai além do q o legislador pretendeu ao dispor do tema conforme referidos dispositivos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306044	2025-02-07 12:26:25	Interessados no tema
306021	2025-02-07 12:30:47	Interessados no tema
306047	2025-02-07 12:37:47	Consultoria
306067	2025-02-07 12:47:56	Consultoria
306056	2025-02-07 12:49:50	Interessados no tema
306071	2025-02-07 12:51:48	Profissional de saúde
306076	2025-02-07 12:53:15	Consultoria
306070	2025-02-07 12:56:11	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306044	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306021	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306047	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306067	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306056	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306071	- (i) pela apreciação do Despacho nº 527/2024/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (31145279);	Alteração
306076	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306070	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306044	
306021	
306047	
306067	
306056	
306071	Não tem cabimento nenhum, o próprio cliente analisar e contratar um plano de saúde, sendo que com a ajuda de nós profissionais já não entendem na
306076	
306070	

Protocolo	Justificativa
306044	venda deve permanecer com corretor capacitado registrado na SUSEP, e não por cliente direto, pois eles podem ser prejudicados, existem muitas informaçõ nas entrelinhas que não é de interesse das operadoras abrir ao cliente
306021	O corretor de plano de saúde é essencial para o consumidor (cliente), pois nem todas as pessoas tem discernimento necessário para está comprando por s A decisão por qual plano de saúde optar é muito séria e as duvidas são muitas, um contato direto com o corretor é muito importante, pois os contatos telefônicos para assistência a duvidas diretamente com o plano de saúde é dificultosa. O corretor dá assistência direta antes da decisão de qual plano de saúde se adequa melhor para aquele consumidor e dá assistência tirando duvidas após a decisão. Sendo seu trabalho de suma importância para o consumidor.
306047	AS OPERADORAS NÃO TEM CONDIÇÕES DE DAR O SUPORTE QUE UM CORRETOR HABILITADO, TREINADO E COM ATENDIMENTO PERSONALIZADO PODE OFERECER E DAR AO CLIENTE,. JÁ IMAGINOU O CLIENTE LIGAR PARA UMA OPERADORA ATÉ ACHAR AQUELE PLAN QUE LHE CONVEM ???? QUE ATENDIEMNTO É ESSE? QUANDO UM CORRETOR TEM COM ELE TODOS OA PLANOS PARA OFERECER. E QUAND PRECISAR DE AJUDA, NUNCA O ATENDIMENTO SERÁ O QUE UM CORRETOR OFERECE. NÃO CONCORDO, SEM FALAR QUE INUMERAS PESSO SERÃO PREJUDICADAS ... DESEMPREGO ????? PLANO DER SAÚDE SÓ COM UM CORRETOR!
306067	Milhares de pessoas ficarão sem renda, pois os corretores sustentam suas famílias com as vendas de planos de saúde; A venda de planos de saúde é totalmente consultiva, requer muitas explicações, esclarecimentos de dúvidas, etc. Impossível de serem esclarecidas por atendimento remoto com “Robôs”, e as Operadoras não tem estruturas para uma venda de qualidade. etc
306056	Faz necessária a figura do Corretor como intermediador na contratação de um Plano de Saúde por ser esse o Profissional capacitado para auxiliar o consumidor na aquisição desse produto.
306071	É impossivel um cliente sem conhecimento nenhum, fazer uma escolha certa de um plano ao qual lhe cabe.
306076	SÓ EM MEU ESTADO (PERNAMBUCO) EM TORNO DE 3.500 FAMÍLIAS DEPENDEM DESTA ATIVIDADE. NENHUMA OPERADORA PODE DAR O SUPORTE QUE UM PROFISSIONAL DE VENDAS OFERECE AO CLIENTE. O CLIENTE VAI FICAR LIGANDO DE OPERADORA EM OPERADORA ATÉ ACHAR UMA QUE LHE SATISFAÇA ... QUANDO UM CORRETOE DETEM TODAS AS INFORMAÇÕES. É UM ABSURDO!
306070	Não concordo com essa minuta de norma, como usuário de plano de saúde e outros seguros, sei que as operadoras de plano de saúde e seguradoras nã prestam um bom suporte, os atendentes e funcionários passam muitas informações incorretas e na maioria das vezes, não sabem resolver o problema ou demanda ou seja, se agente não tiver um bom corretor para nos auxiliar, ficamos sem como poder nem usar direito o produto da qual contratamos, dessa forma, eu não concordo com essa norma, na qual nos deixa escravos das operadoras ou seguradoras, por favor, não criem problemas onde não tem.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306100	2025-02-07 13:02:54	Outro
306096	2025-02-07 13:03:58	Outro
306106	2025-02-07 13:05:32	Outro
306099	2025-02-07 13:06:36	Interessados no tema
306129	2025-02-07 13:28:43	Consultoria
306134	2025-02-07 13:30:00	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306100	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306096	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306106	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306099	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306129	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306134	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306100	
306096	
306106	
306099	
306129	
306134	

Protocolo	Justificativa
306100	A CONTRATAÇÃO NÃO DEVE SER ELETRONICA, POIS OS TERMOS NÃO SÃO ACESSIVEIS E ENTENDIVEIS A GRANDE MAIORIA DA POPULAÇÃ ESSA É UMA VENDA CONSULTIVA E DEVE SER FEITA ATRAVÉS DE PESSOAS ESPECIALIZADAS
306096	Como corretora de seguros e especialista em intermediação na venda de planos de saúde, sou absolutamente CONTRA a venda online, pois considero qu essa será uma grande oportunidade para vendas erradas serem realizadas, já que a grande maioria da população não tem o mínimo conhecimento de regra normas que regulam as contratações, e isso será muito prejudicial a todos, inclusive para as operadoras, que serão assoladas pela por processos movidos p clientes que se sentirem lesados.
306106	ESSA É UMA VENDA CONSULTIVA E DEVE SER FEITA ATRAVÉS DE PESSOAS ESPECIALIZADAS, A CONTRATAÇÃO ELETRONICA NÃO TRARÁ NENHUM GANHO A POPULAÇÃO, SÓ VAI FAZER COM QUE AS PESSOAS TIREM AS DÚVIDAS COM UM CORRETOR DE SEGUROS E DEPOIS FAÇ A CONTRAÇÃO ON LINE PARA NÃO REMUNERAR QUEM DE FATO AUXILIOU.
306099	Hoje a necessidade das corretores que fazem o intermédio entre o contratante e a seguradora não é à toa. A corretora faz o intermédio para garantir maio eficiência, uma vez que pode se dedicar ao contratante sendo o seu Core- Business. Já as operadoras de saúde precisam se dedicar aos seus clientes após contratação, garantindo que os mesmos serão atendidos pelos hospitais, laboratórios e clínicas. Fora a quantidade de corretoras que existem hoje pelo país a supressão dessa entidade pode causar diversos desempregos.
306129	Meu sustento e de toda minha família depende única e exclusivamente da minha renda. Sou contra a obrigatória da venda pelas operadoras.
306134	Sou contra a obrigatoriedade da venda on line pelas operadoras, sendo que nós corretores, oferecemos todo suporte ao beneficiários, desde a implantaçã tanto na movimentação, mantendo sempre a ética e respeitando os clientes. No mercado possui espaço para todos e nós temos experiencia no ramo, para seguir com o atendimento via corretor.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306110	2025-02-07 13:34:03	Paciente

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306110	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306110	A escolha de um plano de saúde já é um desafio considerável, mesmo com a orientação de um consultor especializado. Sem essa consultoria, a situação s ainda mais complexa e arriscada. As operadoras, em busca de atrair clientes, frequentemente utilizam estratégias de marketing agressivas, apresentando "vantagens" de forma enganosa, como se oferecessem bônus sem ônus. Essa abordagem pode levar os consumidores a tomarem decisões precipitadas, ba em informações incompletas ou distorcidas. Além disso, a falta de um consultor pode resultar em escolhas inadequadas, que não atendem às necessidades reais dos usuários. Sem a devida orientação podem acabar optando por planos que parecem vantajosos à primeira vista, mas que, na prática, apresentam limitações significativas, como coberturas insu ou altas taxas de coparticipação. Portanto, é fundamental que os consumidores tenham acesso a informações claras e imparciais, além de suporte profissional na hora de escolher um pla saúde. A ideia de eliminar a figura do consultor é, na verdade, uma péssima proposta. Sou totalmente contra essa mudança, pois ela pode prejudicar a saú bem-estar de muitas pessoas, tornando o processo de escolha ainda mais confuso e arriscado. É essencial garantir que todos tenham a assistência necessá fazer escolhas informadas e seguras.

Protocolo	Justificativa
306110	A escolha de um plano de saúde é um processo que envolve não apenas a análise de preços e coberturas, mas também a compreensão de cláusulas contratuais que podem impactar diretamente a vida dos consumidores. Mesmo com a orientação de um consultor especializado, essa tarefa já é desafiador Sem essa consultoria, a situação se torna ainda mais complexa e arriscada, expondo os consumidores a decisões que podem comprometer sua saúde e segurança financeira. As operadoras de planos de saúde, em sua busca incessante por atrair novos clientes, frequentemente utilizam estratégias de marketing agressivas e, muit vezes, enganosas. Elas apresentam suas "vantagens" de forma superficial, como se oferecessem bônus sem ônus, o que pode levar os consumidores a acreditar que estão fazendo uma escolha vantajosa. Essa abordagem pode resultar em decisões precipitadas, baseadas em informações incompletas ou distorcidas, que não refletem a realidade dos serviços prestados. A ausência de um consultor pode resultar em escolhas inadequadas, que não atendem às necessidades reais dos usuários. Sem a devida orientação, muit consumidores podem acabar optando por planos que parecem vantajosos à primeira vista, mas que, na prática, apresentam limitações significativas. Isso in coberturas insuficientes, exclusões de procedimentos essenciais e altas taxas de coparticipação que podem gerar um ônus financeiro inesperado. Além disso, é importante ressaltar que o Código de Defesa do Consumidor (CDC) estabelece uma série de direitos que visam proteger os consumidores n hora de firmar contratos, incluindo os de planos de saúde. O artigo 6º do CDC, por exemplo, garante o direito à informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, permitindo que o consumidor faça uma escolha consciente. Isso significa que as operadoras têm a obrigação de fornecer informações detalhadas sobre as coberturas, carências, exclusões e condições de uso dos planos. O Código Civil também traz importantes disposições que protegem o consumidor. O artigo 421, que trata da função social do contrato, estabelece que os contratos devem ser interpretados de maneira a garantir a boa-fé e a equidade entre as partes. Isso implica que as operadoras de planos de saúde devem a de maneira transparente e justa, evitando práticas que possam levar à desinformação ou à exploração do consumidor. A escolha de um plano de saúde é um processo que, por si só, já apresenta uma série de desafios e complexidades. Mesmo com a orientação de um consu especializado, muitos consumidores se sentem inseguros e confusos diante das diversas opções disponíveis no mercado. Sem essa consultoria, a situação torna ainda mais complicada e arriscada, expondo os consumidores a decisões que podem impactar negativamente sua saúde e segurança financeira. As operadoras de planos de saúde, em sua busca incessante por atrair novos clientes, frequentemente utilizam estratégias de marketing agressivas e, muit vezes, enganosas. Elas apresentam suas "vantagens" de forma superficial, como se oferecessem bônus sem ônus, o que pode levar os consumidores a acreditar que estão fazendo uma escolha vantajosa. Essa abordagem pode resultar em decisões precipitadas, baseadas em informações incompletas ou distorcidas, que não refletem a realidade dos serviços prestados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306152	2025-02-07 13:43:26	Consultoria
306173	2025-02-07 13:45:09	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306152	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306173	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306152	
306173	

Protocolo	Justificativa
306152	O corretor de seguros exerce função essencial na orientação do consumidor ao longo de todo o processo de contratação e utilização do plano de saúde. Se a figura do corretor, o beneficiário pode tomar decisões baseadas unicamente em informações genéricas na internet, sem o auxílio de um profissional capacitado para esclarecer dúvidas, comparar coberturas e identificar o plano adequado às suas necessidades. Isso pode resultar em contratações inadequadas, falta de compreensão dos direitos e deveres e, consequentemente, em insatisfação ou litígios futuros. Além disso, após a contratação, o corre é responsável por acompanhar o beneficiário em situações de uso do plano, mudanças de rede credenciada, dúvidas sobre reajuste, migrações de produto entre outros pontos. Com a contratação direta, o beneficiário tende a ficar desassistido em termos de consultoria contínua. Isso pode gerar aumento de reclamações, judicialização e maiores custos ao sistema de saúde suplementar como um todo. A obrigatoriedade exclusiva de contratação online pode concentrar ainda mais poder nas mãos das operadoras, que passariam a ter total controle sobre o processo de venda e, consequentemente, sobre as informações prestadas ao consumidor. A intermediação dos corretores ajuda a equilibrar o mercado, promovendo a concorrência saudável entre diferentes operadoras e modelos de plano. Sem isso, há risco de práticas abusivas ou de redução da variedade de planos disponíveis para o consumidor. A imposição obrigatoriedade de contratação online de planos de saúde, sem a possibilidade de intermediação do corretor, prejudica tanto o consumidor quanto os profissionais que atuam no setor. O corretor exerce um papel fundamental na proteção dos interesses do beneficiário e na garantia de clareza, transparência adequação dos planos. Portanto, o voto contra tal artigo se justifica pela necessidade de manter a livre escolha do consumidor, assegurar a qualidade das informações prestadas e preservar a concorrência e a eficiência do mercado de saúde suplementar.
306173	Não me imagino fazer um plano de saúde sem ajuda de um corretor especializado. Quem responderá minhas dúvidas na hora do vamos ver? Já basta estes números de telefones que nos deixam mais de 30 minutos esperando, e no final tenho que ligar para meu corretor para pode me auxiliar.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306166	2025-02-07 13:50:56	Conselho profissional
306208	2025-02-07 13:52:11	Outro
306186	2025-02-07 13:53:43	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306166	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Inclusão
306208	- § 1º A cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que: I - o beneficiário tenha se vinculado, na forma do artigo 15 desta resolução, após o transcurso do prazo definido no caput; e II - a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.	Exclusão
306186	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306166	"Art. 2º: É obrigatório o oferecimento da contratação eletrônica de planos privados de assistência a saúde"
306208	
306186	

Protocolo	Justificativa
306166	Minuta de Norma - Venda online - RN 413/2016 alterada O papel do corretor de planos de saúde, é intermediar e entender a solução ideal para o cliente, analisando critérios como atendimento e rede credenciada conhecimento das questões de cobertura e particularidades do plano e melhor oferta considerando custo benefício. Quando se traz uma possiblidade de tira papel do corretor, insere-se nisso somente o interesse das operadoras, que não estão nenhum pouco preocupadas com a procura do cliente e a importânc de explicar ao mesmo das obrigatoriedades, condições de contrato, multa e coberturas excluídas, tratando-se somente de introduzir o cliente como se estivesse comprando um produto ou mercadoria em seu site de vendas. Acredito que a ANS ao redigir esta norma, não pensou nas pessoas que mal sabe pesquisar na internet ou ler os termos de contrato, considerando-se um país com alto índice de pessoas com baixa nivel escolar, quando tratamos de um assunto referente a saúde, estamos falando de vidas. Se no mercado há corretores como sita a relatora que não prepara ou conscientiza o cliente sobre o produto, ou não o atende por falta de remuneração, de planos de pessoas com idade superior a 59 anos, você generaliza o mercado, desfavorecendo os corretores que se preparam, participam dos treinamentos e até possuí susep para comercialização dos produtos. Essa normativa somente demosntramm interesse a necessidade das operadoras e planos de saúde, colocando exemplos negativos e totalmente voltados a descredibilizar a profissão de corretor tratando como algo oneroso e não necessário, porém, não vi nenhuma contraditório dizendo de corretores que ao intermediar uma negociação, trouxe satisfação ao cliente, na escolha do melhor produto, na melhor rede e na orientação de como melhor utilizar o plano, e ainda, quando o cliente está sem atendimento, procurar os direitos e ter o atendimento contratual. como preve o contrato e a lei. Tirar o corretor de seguros do processo não é a solução par desonerar os preços e melhorar para as operadoras, mas sim, é fazer com que o mercado seja tratado com um produto da shoppe onde o cliente compra se ter conhecimento e depois na hora que precisar de um procedimento de alto custo, internação, não tenha o benefício porque não foi orientado adequadame
306208	Tirar o vendedor da jogada é tirar sustento de várias famílias
306186	Plano de saúde é so com corretor!

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306212	2025-02-07 13:55:33	Outro
306139	2025-02-07 14:00:24	Interessados no tema
306221	2025-02-07 14:06:06	Prestador
306230	2025-02-07 14:06:47	Interessados no tema
306233	2025-02-07 14:08:43	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306212	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306139	- Art. 20. A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários de contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão.	Alteração
306221	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306230	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306233	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306212	Sou contra a obrigatoriedade da venda online de planos privados de assistência à saúde, conforme estabelecido na RN 413/2016 alterada, porque esta m prejudica a atuação dos corretores e compromete a qualidade do serviço prestado ao cliente. Os corretores de planos de saúde desempenham um papel fundamental como intermediários entre as operadoras e os consumidores, proporcionando u orientação personalizada e consultiva, ajustando as opções de planos às necessidades específicas de cada cliente. A venda online não consegue oferece mesma abordagem individualizada e, muitas vezes, deixa os consumidores vulneráveis a escolhas inadequadas ou mal informadas, o que pode resultar problemas futuros de cobertura e serviços não adequados. Além disso, a obrigatoriedade da venda online pode aumentar a carga de trabalho das operadoras, que seriam responsáveis por uma enorme quantidad interações automatizadas, o que, em última análise, prejudica tanto os consumidores quanto as próprias operadoras, que perderiam a vantagem de uma r próxima e consultiva com o cliente. Por fim, a exclusão dos corretores, profissionais que possuem conhecimento e expertise no setor, representa uma desvalorização da função de consultoria essencial para garantir que as pessoas escolham o plano de saúde mais adequado às suas necessidades e condições financeiras. Portanto, a obrigatoried venda online não é uma solução eficiente e pode afetar negativamente tanto os consumidores quanto o mercado de planos de saúde como um todo
306139	A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários de contrato do plano privado de assist saúde coletivo por adesão.. A operadora deve arcar com os custos do serviço especializado ou medicamento de alto custo.
306221	
306230	
306233	

Protocolo	Justificativa
306212	Sou contra a obrigatoriedade da venda online de planos privados de assistência à saúde, conforme estabelecido na RN 413/2016 alterada, porque esta med prejudica a atuação dos corretores e compromete a qualidade do serviço prestado ao cliente. Os corretores de planos de saúde desempenham um papel fundamental como intermediários entre as operadoras e os consumidores, proporcionando um orientação personalizada e consultiva, ajustando as opções de planos às necessidades específicas de cada cliente. A venda online não consegue oferece essa mesma abordagem individualizada e, muitas vezes, deixa os consumidores vulneráveis a escolhas inadequadas ou mal informadas, o que pode result em problemas futuros de cobertura e serviços não adequados. Além disso, a obrigatoriedade da venda online pode aumentar a carga de trabalho das operadoras, que seriam responsáveis por uma enorme quantidade d interações automatizadas, o que, em última análise, prejudica tanto os consumidores quanto as próprias operadoras, que perderiam a vantagem de uma relação próxima e consultiva com o cliente. Por fim, a exclusão dos corretores, profissionais que possuem conhecimento e expertise no setor, representa uma desvalorização da função de consultoria que é essencial para garantir que as pessoas escolham o plano de saúde mais adequado às suas necessidades e condições financeiras. Portanto, a obrigatoriedade da venda online não é uma solução eficiente e pode afetar negativamente tanto os consumidores quanto o mercado de planos de saúde cor um todo.
306139	Do Pagamento e da Cobrança das Contraprestações Pecuniárias Acredito que o beneficário não deve ter a cobra extra por usar um serviço especializado ou medicamento de alto custo. A operadora do plano de saúde dev ser responsabilizada pelo pagamento..
306221	Acabará com a profissão, além de facilitar o crime de estelionato. Imagina a quantidade de pessoas que cairão em golpe "contratando" de forma online, se apoio e esclarecimentos de um profissional?
306230	A VENDA ONLINE DIRETAMENTE PELAS OPERADORAS DE SAÚDE ALÉM DE EXCLUIR A FONTE DE RENDA E SUSTENTO DE VARIAS FAMILIAS Q TRABALHAM COM ESSE TIPO DE CONTRATAÇÃO, EXCLUI O ATENDIMENTO HUMANIZADO, DIRECIONADO E FIEL A NECESSIDADE DO USUÁRI OFERECE BENEFÍCIO APENAS A OPERADORA QUE MERCANTILIZA E RESUME INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA AQUELES QUE ADEREM DIARIAMENTE UM SEGURO MÉDICO E PRECISAM DE CLAREZA NO PROCESSO.
306233	Prezados, boa tarde Sou contra a contratação de planos on-line direto com a seguradora porque o cliente perde a assessoria de um corretor especializad que pode explicar as coberturas, evitar surpresas na hora do sinistro e garantir que ele escolha a melhor opção para sua necessidade. Além disso, sem ur corretor, a seguradora pode ter menos compromisso em resolver problemas, deixando o cliente desamparado quando mais precisa.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306214	2025-02-07 14:10:03	Interessados no tema
306217	2025-02-07 14:10:55	Consultoria
306247	2025-02-07 14:12:50	Interessados no tema
306226	2025-02-07 14:18:30	Outro
306218	2025-02-07 14:20:40	Outro
306218	2025-02-07 14:20:40	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306214	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306217	- § 1º A Carta de que trata o caput deste ar□go é um documento padronizado pela ANS, que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento da assinatura do contrato, e deverá conter: I - a identificação e assinatura do beneficiário ou seu representante legal, e data da ciência; e II - a iden□ficação, o nº do CPF e a assinatura do intermediário entre a operadora e o beneficiário, responsável pela venda do plano privado de assistência à saúde e que presenciou o preenchimento da Declaração de Saúde.	Alteração
306247	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306226	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306218	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306218	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306214	
306217	Milhões de pessoas ficaram sem ter uma renda mensal se caso o próprio cliente conseguir comprar o plano de saúde sem o intermédio de um vendedor p venda on line.. Eu por exemplo sou corretora há 26 anos e tudo que tenho é através das comissões que recebo das vendas dos planos de saúde. E as corretoras então? Muitas fecharão as portas. Eu por exemplo não sei fazer outra coisa a não ser vendas planos de saúde.
306247	
306226	
306218	
306218	

Protocolo	Justificativa
306214	A venda online de plano de saúde acarretara em adesões sem conhecimentos técnicos que apenas um corretor especializado, enviesado na defesa comerc exclusiva daquele e-commerce, sem uma linha imparcial que o corretor consegue lhe oferecer. Trazer como e-commerce esta negociação não trará ao clier informações sem conflito de interesses, pois cada market place apresentara, defendera e comercializara única e exclusivamente a própria seguradora acessada naquele momento pelo cliente. Manter a comercialização através de um corretor garante uma venda bem executada, com informações claras e transparentes repassadas ao cliente, de forı imparcial e com conhecimentos técnicos de anos de formação para melhor atender aquela demanda.. Esta mudança fere os profissionais que trabalham na área, mas fere ainda mais o cliente que será induzido a realizar uma má contratação de produto que e não cancela do dia para noite e nem desiste, trata-se de contratos firmados de longo prazo, quem busca um plano de saúde não pensa em cancelar daqui tempo, pensa em manter de forma vitalícia, e uma aquisição mal executada pode prejudicar este cliente em diversas esferas de sua vida.
306217	Isso não poderá ser aceito , pois terão milhões de pessoas sem trabalho
306247	Além de toda consultoria prestada por um corretor, a seriedade e responsabilidade de lidar com toda experiência de um profissional capacitado, a renda gera no setor! Um absurdo, deve ser excluído! Plano de Saúde é só com CORRETOR!
306226	Hoje o corretor atual fortemente como um intermediador entre cliente e operadora, onde por muitas vezes consegue reverter certas situações constrangedor muitas vezes causadas pela própria operadora. Além do que vai tirar o ganha pão de milhares de famílias que dependem diretamente e indiretamente deste nicho. Plano de saúde é com o corretor de seguros
306218	a classe de corretores de planos de saude é de fundamental importancia para que seja feita a venda atraves de corretores que sempre deram total a apoio operadoras e agora se sentem prejudicados demais com essa normativa de contratação eletronica
306218	corretores precisam se manter ativos financeiramente tb

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306218	2025-02-07 14:20:40	Outro
306218	2025-02-07 14:20:40	Outro
306218	2025-02-07 14:20:40	Outro
306218	2025-02-07 14:20:40	Outro
306218	2025-02-07 14:20:40	Outro
306218	2025-02-07 14:20:40	Outro
306218	2025-02-07 14:20:40	Outro
306218	2025-02-07 14:20:40	Outro
306218	2025-02-07 14:20:40	Outro
306270	2025-02-07 14:23:18	Paciente

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306218	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
306218	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
306218	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
306218	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
306218	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
306218	- Art. 1º A presente Resolução Norma□va - RN dispõe sobre os procedimentos para a contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. As disposições constantes nesta RN aplicam-se também às operadoras classificadas como administradoras de benefícios.	Exclusão
306218	- Art. 1º A presente Resolução Norma□va - RN dispõe sobre os procedimentos para a contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. As disposições constantes nesta RN aplicam-se também às operadoras classificadas como administradoras de benefícios.	Exclusão
306218	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306270	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306218	
306218	
306218	
306218	
306218	
306218	
306218	
306218	
306218	

Protocolo	Justificativa
306218	corretor precisa se manter como sempre fez ajudando e contribuindo com o cliente
306218	o corretor precisa continuar vendendo e fazendo consultoria para o cliente
306218	corretor precisa ter seu emprego garantido
306218	corretor precisa continuar a venda diretamente com o cliente
306218	corretores precisam continuar a ter seu espaço nas vendas direto com os clientes
306218	corretores precisam manter o trabalho feito ha tantos anos ajudando o cliente em tudo
306218	corretores precisam sobreviver
306218	os corretores que sempre auxiliam as vendas e se preocupam em dar respostas e ajudar os clientes precisam continuar as vendas normalmente como ten sido ate agora
306270	FICA TOTALMENTE ABSURDO EXCLUIR UMA CATEGORIA PROFISSIONAL PARA DAR LIBERDADE DE COMERCIO E ABUSO AS OPERADORAS D SÁUDE QUE OMITEM INFORMAÇÕES NECESSARIAS DENTRO DE UM ATENDIMENTO UNICAMENTE ONLINE. É NECESSÁRIO OBTER INFORMAÇÕES DE FORMA HUMANIZADA E CLARAS COM UMA ATENDIMENTE PERSONALIZADO E DIRECIONAMENTO PARA O MELHOR PLANO DE ACORDO COM A NECESSIDADE. OFERECER ESSA LIBERDADE AS OPERADORAS DE SÁUDE É FACILITAR PROBLEMAS FUTUROS.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306169	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
306169	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão
306169	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
306169	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306169	
306169	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colo entre outros insumos inerentes.
306169	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz
306169	

Protocolo	Justificativa
306169	Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o at jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes dever ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca-se ainda que, o aumento de cus dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajus mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo-se as características produto.
306169	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.
306169	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que const no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só c as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
306169	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306169	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
306169	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306169	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz
306169	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.

Protocolo	Justificativa
306169	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que const no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesm SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele qu será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
306169	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306169	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
306169	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306169	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
306169	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.

Protocolo	Justificativa
306169	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece q haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principa implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorv a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessív para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, a incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas d Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiame do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de plano coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% valor do procedimento. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupa em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.
306169	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306169	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306169	

Protocolo	Justificativa
306169	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele qu será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derroca de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano d saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que nã terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do us de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem se desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvência de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade de isenções. A principal implicaçã dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessív para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduz ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os défic do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quan cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional impos por essas regras torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmo em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (ve

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306169	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
306169	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306169	
306169	

Protocolo	Justificativa
306169	II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestaçã pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário. Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SE CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece q haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixad poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, ess risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposiç financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravare suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios ac seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de pert utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ain pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequênc ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médica de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48% equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiame do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de plano coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (e REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que deve ser estabelecido o limite d valor de 1 mensalidade/mês.
306169	III - os limites de exposição financeira; A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306169	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração
306169	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão
306169	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306169	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perc sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.
306169	
306169	

Protocolo	Justificativa
306169	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 1(milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratique valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, um vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem defin trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativa Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido d 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no núm de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica partir do 31º dia, portanto, a proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haver efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiári funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.
306169	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processu e judiciais.
306169	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o praz para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valo excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306169	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão
306169	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
306169	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão
306169	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306169	
306169	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;
306169	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.
306169	

Protocolo	Justificativa
306169	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processua e judiciais.
306169	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretan defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líquido, equivalente a F 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.
306169	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, p força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiá não o faça diretamente ao prestador.
306169	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participante entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306169	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306169	

Protocolo	Justificativa
306169	I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor corresponde a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. D acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerar o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de m de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os plan de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas po essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Cor um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistema mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingi O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde população). Portanto, com base nos estudos elaborados, entende-se que pode ser estabelecido que o valor de coparticipações não poderá ser superior a ur mensalidade, podendo ser cobrado o excedente nos meses seguintes. O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual que não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendiment adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108, por exemplo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora
306169	2025-02-07 14:27:51	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306169	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
306169	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
306169	
306169	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
306169	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que const no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só c as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e maior capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimer o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para operadoras devido à necessidade de customização de sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerand efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acess esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
306169	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assert é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tip de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305900	2025-02-07 14:27:57	Entidade representativa de operadoras
305900	2025-02-07 14:27:57	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305900	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração
305900	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305900	Alteração do inciso II do art. 36: II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)
305900	

Protocolo	Justificativa
305900	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representar apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vic condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
305900	Exclusão do §5° do art. 40: Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade d existência da administradora de benefícios.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305900	2025-02-07 14:27:57	Entidade representativa de operadoras
305900	2025-02-07 14:27:57	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305900	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração
305900	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305900	Alterar art. 37 para incluir um parágrafo: Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas.
305900	Alteração do §1° do art. 37: §1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a s considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
305900	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
305900	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305900	2025-02-07 14:27:57	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305900	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305900	

Protocolo	Justificativa
305900	Exclusão do inciso VI do art. 27 pelas seguintes razões: Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberda econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecer o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima 25%, sendo 85% de pequeno porte, 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero o negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado no ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesa não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. Este patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) onde a sinistralidade meta corresponde a (1 – C), senc “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cad operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabelecidas na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistencial diferente uma da outra. Deste modo, não deve ser previamente estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de uma sinistralidade meta mínima não se justifica. Tal medida limitaria a liberdade econômica das operadoras, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305900	2025-02-07 14:27:57	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305900	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305900	

Protocolo	Justificativa
305900	Exclusão da alínea "b" do inciso V do art. 27 pelas seguintes razões: No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajus baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305900	2025-02-07 14:27:57	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305900	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305900	

Protocolo	Justificativa
305900	Excluir Inciso V do art. 27, pelas seguintes razões: Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todo que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, o reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre os custos com a assistência médica as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operadoras ajustarem os valores cobrados d beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por s vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com a inflação, cumprindo o princípio atuarial "preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)". Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizações no Rol de Procedimentos e a introduç de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolherem entre ajustar os preços com base na inflação geral ou cor base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. Ao se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessár correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índi de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulação de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada de variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contrato bem como elitiza ainda mais o valor da mensalidade do plano de saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa suprir, além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais e outr

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305900	2025-02-07 14:27:57	Entidade representativa de operadoras
305900	2025-02-07 14:27:57	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305900	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
305900	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305900	Alteração do §1° do art. 23 da RN 557: § 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
305900	

Protocolo	Justificativa
305900	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igu poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora, e nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência que a ANS não deveria interferir. Em casos excepcionais como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratar ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo de 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez que a operadora terá que espe dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando a liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situações de alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.
305900	Exclusão da alínea "a" do inciso V do art. 27 pelas seguintes razões: No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saúc nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajus baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305900	2025-02-07 14:27:57	Entidade representativa de operadoras
306297	2025-02-07 14:29:07	Consultoria
306290	2025-02-07 14:32:01	Consultoria
306300	2025-02-07 14:35:42	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305900	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração
306297	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306290	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306300	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305900	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze m consecutivos;
306297	
306290	
306300	

Protocolo	Justificativa
305900	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionár da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômi financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figu jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração do índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pelas operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálculo utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entrada para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços p contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento do agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar u aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala que os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução d número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde pública e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.
306297	Sou contra pois, além de vocês tiraram meu ganha pão, irão causar um tremendo caos no sistema.
306290	A venda tem permanecer através do corretor, haja visto que a maioria dos clientes não tem conhecimento para contratar uma assistência médica sem o aux do Corretor.
306300	A reforma em questão irá prejudicar o mercado de corretagem de planos de saúde que existe a anos prejudicando milhares de famílias.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306314	2025-02-07 14:37:21	Outro
306312	2025-02-07 14:37:27	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306314	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306312	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306314	
306312	

Protocolo	Justificativa
306314	A proposta de permitir a venda direta de planos de saúde pelas operadoras, sem a intermediação do corretor, apresenta riscos significativos tanto para os beneficiários quanto para o próprio setor. Os principais pontos de preocupação são: Falta de clareza na escolha do beneficiário O corretor desempenha um papel essencial ao apresentar todas as opções disponíveis, esclarecendo diferenças entre operadoras, coberturas, rede de atendimento e demais aspectos fundamentais para uma contratação consciente. Sem essa intermediação especializada, há um risco real de que os beneficiários contratem planos inadequados às suas necessidades, levando a frustrações futuras e até mesmo à falta de assistência em momentos crítico Suporte e atendimento pós-venda O serviço de atendimento ao cliente oferecido pelas operadoras é notoriamente precário. Hoje, uma grande parte das demandas dos beneficiários só é resolvida com o intermédio do corretor, que acompanha a jornada do cliente e presta assistência contínua. A retirada desse canal não apenas prejudicaria consumidor, mas também aumentaria o volume de reclamações e ações judiciais contra as operadoras devido à falta de suporte adequado. A falsa ideia de redução de custos A exclusão do corretor da intermediação não resultaria em redução de custos para os beneficiários. Pelo contrário, a venda direta aumentaria a demanda so o atendimento das operadoras, exigindo maior estrutura, equipe e investimento, o que inevitavelmente elevaria os custos operacionais e, consequentement os valores dos planos de saúde. Risco de judicialização e contratações equivocadas A contratação de um plano de saúde envolve a análise de diversos fatores, como abrangência da rede credenciada, regras de carência, coparticipação, reajustes e coberturas. O consumidor, sem o devido conhecimento técnico, pode acabar adquirindo um plano inadequado, acreditando ter uma cobertura qu na prática, não atende suas necessidades. Isso pode levar ao aumento de ações judiciais contra as operadoras, impactando negativamente todo o setor. A realidade do mercado e a importância do corretor A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS/) deveria considerar a realidade do mercado antes de tomar essa decisão. Corretores estão na linha de fre e vivenciam diariamente as dificuldades que os consumidores enfrentam para compreender os produtos disponíveis e as constantes mudanças regulatórias setor. Retirar essa orientação qualificada apenas aumentaria a desinformação e os problemas para os beneficiários. Diante desses pontos, é evidente que a venda online direta, sem o intermédio do corretor, representa um retrocesso para o setor de saúde suplementar. C corretor não é apenas um intermediário comercial, mas um agente de orientação e suporte, garantindo que os consumidores tomem decisões informadas
306312	Não faz sentido o cliente não ter o apoio e suporte de um Especialista da área. Somos nós corretores que estamos na linha de frente oferecendo todo o suporte e consultoria que o cliente necessita, tanto na venda quanto no pós-venda! Para o cliente já é difícil solucionar alguns problemas com as operadoras tendo nosso suporte, imagina sem ele? Exclusão já!

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306301	2025-02-07 14:39:39	Prestador
306319	2025-02-07 14:40:13	Consultoria
306307	2025-02-07 14:43:01	Interessados no tema
306313	2025-02-07 14:46:24	Consultoria
306331	2025-02-07 14:54:27	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306301	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306319	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306307	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306313	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306331	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306301	
306319	
306307	
306313	
306331	

Protocolo	Justificativa
306301	Boa tarde, venho por meio desta dar minha opinião e afirmar que plano de saúde é só com corretor estou nesta area a mais de 20 anos e até hoje mesmo sendo tudo de forma virtual mais pratico o cliente não sabe diferenciar tabelas valores nem mesmo a regras das operadoras e não vai ser uma central ura ou afins que vai ajudar o cliente quando se coloca a frente para fazer sozinho, logo volta dizendo que deu algo errado com carencia cadastro etc , muitas das vezes não sabe ner mesmo pegar um boleto acredite ah de tudo neste meio hoje a muitos corretores sem saber nada mas também ah corretores altamente capacitados para seguir com seu trabalho plano de saúde é só com corretor !
306319	Além de ser ruim para a profissão do corretor, vai fomentar a prática de estelionato com supostos planos vendido de forma online para pessoas leigas, os muitos processos contra operadoras triplicaram uma vez que venderam planos de qualquer forma, visando apenas o lucro e não informando os clientes d coberturas, carências e detalhes importantes
306307	Essa medida terá impacto a nível nacional podendo causar desemprego em massa, o que vai impactar mais ainda a economia diminuindo o poder de comp de diversas famílias. Além do que as operadora precisarão passar por diversas alterações o que poderá gerar aumento no valor dos planos devidos a mai custos administrativos, que hoje, questões de venda são feitas pelas corretoras.
306313	O corretor autorizado pela operadora é o responsavel nao apenas na VENDA do plano, mas tambem somos os responsaveis por dar suporte ao beneficiari auxilio nos agendamentos, apoio no boleto, IR, entr outras coisas que o beneficiario nao consegue suporte nem no aplicativo, site e muito menos atraves d telefones de contato com as operadoras, que cada dia estao dificultando mais os acessos dos beneficiarios. Se o beneficiario liga num telefone para contato com a operadora, passa 20/ 30 minutos ouvindo URA e musiquinhas e quando acha que vai conseguir falar ligação cai! Como acha possivel exluir o corretor terceito de uma negociação? É importante que a propria operadora faça uma gestao e exlusao dos maus operadores dessa venda, mas existem corretores / vendedores, responsaveis comprometidos com o mercado e com as regras de comercialização.
306331	Essa desiçao vai prejudicar mihares de familias envolvida no mercado de planos de saude.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
305896	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
305896	- § 1º Nos casos do inciso I do caput deste ar□go, poderão ser cobrados valores dis□ntos a depender da complexidade do atendimento realizado, bem como do atendimento realizado por médico generalista daquele atendimento realizado por médico especialista, conforme previsto em contrato.	Exclusão
305896	- § 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I do caput deste ar□go será aferido proporcionalmente, mul□plicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Exclusão
305896	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305896	Art. 6º Quando aplicados os Mecanismos Financeiros de Regulação, o contrato deve indicar os locais onde os beenficiários poderão consultá-los:
305896	
305896	
305896	
305896	

Protocolo	Justificativa
305896	O contrato deverá indicar o local onde o beneficiário encontrará as informações, assegurando a transparência necessária. Impor que o contrato, material escrito e por vezes impresso, firmado no início da comercialização, traga todas as informações, acarretará graves transtornos operacionais dado o dinamisr das alterações do Rol. Qualquer alteração/nova inclusão na lista de procedimentos isentos, ou mesmo a inclusão de um novo procedimento, implicaria no aditamento desses instrumentos, o que causará insegurança jurídica, impacto financeiro e operacional.
305896	Sugere-se a exclusão do inciso III do Art. 6º, considerando que aplicação de mecanismos financeiros de regulação em planos de saúde é estratégia comum setor, devido às características intrínsecas à atividade de seguros. Dada a racionalização do consumo, o compartilhamento parcial das despesas médicas c os beneficiários, e o consequente aumento da eficiência operacional do setor, planos com mecanismos financeiros de regulação tem como principal característica o fato de terem menores despesas, o que se reflete em benefícios ao consumidor em termos de menores mensalidades (valor comercial méd ou variação de custo). Planos com fatores moderadores apresentam variação de custo significativamente menor, fator que contribui para a atratividade de modalidades com coparticipação no mercado (LCA Consultoria Econômica. Reformulação da Política de Preços e Sustentabilidade na Saúde Suplementar Contribuições à Consulta Pública n° 145/2024. São Paulo, SP-2025). O conjunto de limitações proposto pela ANS implica na diminuição da racionalização d consumo de serviços médicos, decorrente da redução do número de procedimentos de caráter eletivo em que incide fator moderador, bem como na diminuiç do compartilhamento de custos com os beneficiários no período de uso mais intensivo do plano. Este efeito decorre da ação conjunta das três restrições propostas. Como consequência destas alterações propostas pela ANS, os planos com fator moderador tendem a se tornar mais onerosos, refletindo no aumento de suas mensalidades. Este movimento aproximaria os produtos com mecanismos financeiros de regulação àqueles sem mecanismos de regulaçã e, como consequência última, excluiria do mercado a oferta de planos de saúde com mensalidades inferiores, prejudicando a existência de um modelo de negócios. (Ibidem, pg. 37).
305896	Considerando a manifestação da FenaSaúde de exclusão do caput do Art.5º que trata dos limites de exposição financeira, todas as menções relacionadas para fins de adequação de texto, devem ser excluídas.
305896	Considerando a manifestação da FenaSaúde de exclusão do caput deste artigo que trata dos limites de exposição financeira, todas as menções relacionada para fins de adequação de texto, devem ser excluídas.
305896	Sugere-se a exclusão do parágrafo único do Art.13, tendo em vista que a referida redação viola o ato jurídico perfeito e o pacta sunt servanda, considerand que altera cláusulas contratuais celebradas anteriormente à vigência do normativo, violando a segurança jurídica. O disposto neste artigo está em desconformidade com o princípio da irretroatividade e da proteção do ato jurídico perfeito, segundo o qual a nova norma não pode ser aplicada às situaçõe constituídas sobre a vigência da norma revogada ou modificada. A proposta normativa não obriga a adaptação dos contratos, dispondo que a nova norma somente incidirá sobre contratos anteriores quando houver alteração da cláusula de disponha sobre Mecanismos Financeiros de Regulação, sendo, portant facultativa a adaptação dos contratos anteriormente firmados às novas regras.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecu□vos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; (Renumerado do inciso II pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
305896	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Exclusão
305896	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, dis□ntos e escalonados por grupos de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes.	Alteração
305896	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
305896	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305896	
305896	
305896	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, distintos e escalonados por de procedimentos, por prestadores e por forma de acesso.
305896	
305896	

Protocolo	Justificativa
305896	O período de apuração, assim como o índice de reajuste, deve ser definido em contrato, havendo determinação regulatória relacionada ao período de aplicação exclusivamente. Definir o período de apuração a cada 12 meses traz significativo impacto às operadoras, sobretudo na apuração do primeiro reajuste, sem o comprovado benefício regulatório. Ressaltamos esta previsão não foi considerada na AIR.
305896	Sugere-se a exclusão do parágrafo considerando que dados da ANAHP indicam que 90% dos atendimentos em pronto-socorro não correspondem a casos real urgência ou emergência. Cercear o mecanismo de regulação para essa finalidade é cercear a regulação médica, isso impede que as operadoras realize uma gestão eficiente de seus recursos, em detrimento da qualidade do atendimento, prejudicando tanto os pacientes quanto o sistema de saúde como um todo. Ademais, pode representar uma forma de orientação, uma vez que há prontos-socorros com preços mais elevados; proporcionalmente, o valor fixo se superior em alguns estabelecimentos do que em outros, tornando incoerente tal proibição. Além disso, é importante ressaltar que, em alguns casos, a variaç de preços é solicitada pelos próprios contratantes. Por questões de proximidade geográfica e controle sobre o plano de saúde de seus colaboradores, algum empresas solicitam essa diferenciação, assim entende-se que, possibilidade de cobrança diferenciada deve ser estendida a todos os procedimentos.
305896	Os valores e percentuais deverão ser definidos pelas operadoras considerando a diferenciação de mecanismos de regulação financeira por prestador e form de acesso, para assegurar a possibilidade de negociação contratual.
305896	Sugere-se a exclusão do parágrafo considerando que conforme estudo da ANAHP, "Observatório ANAHP 2024", entre 10% e 11% das internações se inici em pronto-socorro, sendo que parte delas pode ser resultado de estratégias de gestão dos prestadores. A exclusão da coparticipação na fase ambulatoria pode estimular o uso indevido do pronto-socorro por parte dos beneficiários, gerando um tratamento desigual em relação àqueles que utilizam clínicas e consultórios regularmente. Essa medida contraria a orientação da Agência de não incentivar práticas que sobrecarreguem o sistema.
305896	Justificativa para a exclusão do parágrafo único do Art.4º: A possibilidade de imposição de contrapartidas sem quaisquer balizamentos normativos prévios é incompatível com a segurança jurídica essencial ao institu da revisão técnica. De um lado, abre espaço para que a ANS imponha contrapartidas incompatíveis ou desconectadas dos objetivos da revisão técnica. Ou ainda, que a Agência limite indevidamente a liberdade econômica da operadora. De outro, a operadora, em situação de gravíssimo desequilíbrio econômic financeiro, teria pouca ou nenhuma alternativa a não ser concordar com as contrapartidas propostas pela ANS, por mais irrazoáveis que fossem, sob pena não acessar o único instrumento capaz de recuperar sua higidez financeira. Nesse contexto, ainda que haja concordância da operadora, tratar-se-á de consentimento viciado, pela absoluta inexistência de alternativas para a manutenção da atividade empresarial. A redação do parágrafo único confere poder discricionário ilimitado à ANS, permitindo-lhe inovar em direitos e obrigações no caso concreto, burlando o princípio da legalidade estrita e os limites do seu poder normativo, além de gerar insegurança jurídica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 28. Estão sujeitos ao comunicado de reajuste os planos cole□vos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e os planos cole□vos exclusivamente odontológicos, com formação de preço préestabelecido, assim definidos pelo item 11.1.1 do Anexo II da Resolução Norma□va nº 85, de 7 de dezembro de 2004, ou em norma que vier a sucedê-la, independente da data da celebração do contrato, para os quais deverão ser informados à ANS:	Alteração
305896	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305896	Art. 28. Estão sujeitos ao comunicado de reajuste os planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e os planos coletivos exclusivamente odontológicos, com formação de preço préestabelecido, assim definidos pelo item 11.1.1 do Anexo II da Resolução Normativa nº 543/22, norma que vier a sucedê-la, independente da data da celebração do contrato, para os quais deverão ser informados à ANS:
305896	

Protocolo	Justificativa
305896	Adequação de texto para substituir a RN 85, pela RN 543, conforme atualização normativa da própria ANS.
305896	Justificativa para exclusão do inciso I do Art.5º: Além de estabelecer uma lista de procedimentos sobre os quais não pode haver incidência de qualquer mecanismo de regulação financeira, a proposição normativa ainda estabelece limites mensal, anual e um percentual máximo para a coparticipação. Conforme se depreende do RAIR, o objetivo é impedir "cobranças desproporcionais e não [comprometer] a capacidade de pagamento dos beneficiários." Ocorre que a imposição cumulativa dos referidos limites pode ter um efeito inverso, configurando um verdadeiro paradoxo regulatório. É que, impostos limites para a incidência desses mecanismos, a contraprestaç pecuniária mensal desses planos será inevitavelmente majorada para que se mantenha a sustentabilidade econômico-financeira do plano. Isto é, tais planc deixariam de apresentar descontos vantajosos em relação aos demais. Consequentemente, a busca por eles diminuiria, o que resultaria na redução da ofer e, por fim, afetaria o próprio acesso de parcela dos consumidores ao sistema de saúde suplementar. Isto é, ao impor limites com a intenção de proteger o consumidor, a ANS poderá levar ao efeito inverso. A aplicação de mecanismos financeiros de regulação em planos de saúde é estratégia comum no setor, devido às características intrínsecas à atividade d seguros. Dada a racionalização do consumo, o compartilhamento parcial das despesas médicas com os beneficiários, e o consequente aumento da eficiênc operacional do setor, planos com mecanismos financeiros de regulação tem como principal característica o fato de terem menores despesas, o que se refle em benefícios ao consumidor em termos de menores mensalidades (valor comercial médio, ou variação de custo). Planos com fatores moderadores apresentam variação de custo significativamente menor, fator que contribui para a atratividade de modalidades com coparticipação no mercado. O conjunto de limitações proposto pela ANS implica na diminuição da racionalização do consumo de serviços médicos, decorrente da redução do número d procedimentos de caráter eletivo em que incide fator moderador, bem como na diminuição do compartilhamento de custos com os beneficiários no período (uso mais intensivo do plano. Este efeito decorre da ação conjunta das três restrições propostas. Como consequência destas alterações propostas pela ANS, planos com fator moderador tendem a se tornar mais onerosos, refletindo no aumento de suas mensalidades. Este movimento aproximaria os produtos cor mecanismos financeiros de regulação àqueles sem mecanismos de regulação e, como consequência última, excluiria do mercado a oferta de planos de saú com mensalidades inferiores, prejudicando a existência de um modelo de negócios. Conforme estudo realizado pela Ernst Young, contratado pela FenaSaúd a implementação de limites e isenções sobre a coparticipação podem aumentar a tarifa média para o beneficiário em até 20% em relação ao plano com coparticipação sem limites.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- § 7º Para fins da apuração do percentual de reajuste no agrupamento de contratos, a exceção do disposto no art. 49 desta Resolução, a operadora deverá observar estabelecido no caput e § 1º do art. 37. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305896	

Protocolo	Justificativa
305896	Quaisquer alterações que a ANS venha a promover, ainda que se pudesse as ter como legítimas, somente poderão incidir sobre contratos novos, sendo preservados os termos livremente pactuados nos contratos já celebrados, sob pena de violação ao ato jurídico perfeito. A minuta de resolução normativa, contudo, é silente quanto ao ponto. A Constituição estipula, em seu art. 5º, XXXVI, que “a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a co julgada”, o que consta também do art. 6º da LINDB. Trata-se de regra de direito intertemporal que tem por objetivo resguardar a segurança jurídica, a confiança legítima e a estabilidade das relações sociais e econômicas. Não é dado ao Estado promover reconfigurações legislativas que prejudiquem o qu ficou estipulado no passado. As relações contratuais inserem-se no escopo dessa especial proteção constitucional. Os contratos são celebrados a partir da suposição das partes de que as condições subjacentes à pactuação – dentre as quais, a moldura jurídica – serão conservadas. Isto é: se um ato ou negóci jurídico seguiu as exigências legais vigentes à época da sua formação, lei posterior não poderá, em regra, retroagir para afetar aquele ato ou ajuste concretizado. É assim que se diz que contratos são atos jurídicos perfeitos, que gozam da proteção do art. 5º, XXXVI da Constituição.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305896	

Protocolo	Justificativa
305896	JUSTIFICATIVA INCISO V: É necessário prever a aplicação de ambos os índices de reajustes: sinistralidade, para a correção de distúrbios ocorridos no último ano de contrato, trazendo ponto de equilíbrio, e VCMH, para correta precificação do plano de modo que o contrato chegue ao ano subsequente equilibrado, preservando sua liquidez Desta forma, no próximo reajuste, a apólice continuará em patamares saudáveis, evitando reprecificações. Ademais reações imediatas podem ser esperada como por exemplo o aumento imediato de preço e restrição de acesso. No plano legal o legislador dispõe tão somente que os critérios de reajuste e revisã deverão constar dos contratos de planos de saúde (art. 16, inciso XI, da Lei nº 9.656/98), assegurando a ampla liberdade negocial sobre esse tema. Ao veda acumulação de reajuste financeiro e de reajuste por sinistralidade (técnico) e impor limite mínimo de sinistralidade meta, a ANS desborda dos limites conferi pela lei, inovando em direitos e obrigações sobre "reajuste/revisão" de preços, matéria de direito civil, com reserva de lei, causando restrição indevida à livr iniciativa e à liberdade econômica por norma infralegal (art. 22, I, e art. 170, da CRFB), sendo questionável a validade da proposta sob a ótica da legalidade da constitucionalidade. A vedação à acumulação entre reajuste financeiro e técnico, prevista no inciso V, não se justifica, pois incidem sobre bases distintas, prejudicando a atualização dos preços para cobertura futura, prospectiva, com efeitos prejudiciais ao equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e, consequentemente, c setor. Além disso, os índices de sinistralidade e de custos medem fatores distintos. A não aplicação de qualquer um dos dois implicará em desequilíbrio já r mês seguinte à aplicação do reajuste em função do aumento das despesas. Tal orientação é confirmada pela Lei de Liberdade Econômica, que enunciou u importante rol de garantias para o exercício da livre iniciativa, o que transfere para o regulador o ônus da argumentação de justificar como e em que medida adoção da medida regulatória preconizada se justifica e não esbarra em uma das circunstâncias que devem ser evitadas segundo a lei. A Lei de liberdade econômica introduziu, ainda, nova disposição ao Código Civil, justamente para conferir maior concretude ao princípio também na seara contratual. O art. 42 do diploma legal enuncia que "[o]s contratos civis e empresariais presumem-se paritários e simétricos até a presença de elementos concretos que justifiquer afastamento dessa presunção", garantindo, ainda, que "a alocação de riscos definida pelas partes deve ser respeitada e observada" (inciso II). Para além, não foram dimensionados, na AIR, os impactos econômico-financeiros e concorrenciais das alterações propostas sobre o mercado, em violaçã aos deveres de motivação qualificada da ANS no processo de elaboração normativa. JUSTIFICATIVA ALINEAS "A" e "B" DO INCISO V: É importante destacar que cada índice possui uma função específica e mede diferentes aspectos, de modo que é necessário preservar a aplicação de amb os índices de reajuste: sinistralidade, importante para correção de distúrbios ocorridos no último ano de contrato, trazendo-o ao ponto de equilíbrio, e VCM para a correta precificação do plano, de modo que o contrato chegue ao ano subsequente equilibrado, preservando sua liquidez. Desta forma, no próximo reajuste, a apólice continuará em patamares saudáveis, evitando reprecificações. A exclusão de um índice de um contrato exige uma análise aprofundada equilíbrio econômico-financeiro do contrato, a fim de evitar prejuízos para qualquer das partes, dado que se o índice está previsto no contrato ele foi considerado na precificação do plano. Tal impacto não foi objeto de análise pela AIR o que compromete a sua previsão, bem como não poderia atingir de forma alguma os contratos já celebrado em observância ao pacta sunt servanda e o ato jurídico perfeito. Cabe destacar que tanto para os contratos que compõem o pool quanto para aqueles

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração
305896	- I - os percentuais de reajuste aplicados; e (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) II - as alterações de coparticipação e franquia.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	Art. 3º Para que sejam elegíveis ao instituto da Revisão Técnica as operadoras devem apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos ind ou familiares há pelo menos 2 (dois) anos.
305896	I - os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e

Protocolo	Justificativa
305896	A revisão técnica é verdadeiro poder-dever da ANS, que decorre diretamente da sua missão institucional de tutela do setor. Configurada situação de impac financeiro excessivo suportado pela operadora, como resultado da insuficiência dos reajustes aprovados pela Agência, com a autorização de reajustes únic para todo mercado, o restabelecimento do equilíbrio contratual se apresentará como medida não apenas possível, mas impositiva. Por isso, os critérios de elegibilidade estipulados pela ANS se mostram incompatíveis com o instituto da revisão técnica, ao estipularem que as operadoras, antes de serem elegíve para a revisão técnica dos seus planos, devam suportar prejuízos financeiros tão graves a ponto de isso ameaçar a própria manutenção da empresa (e nã apenas da respectiva carteira). Ao impor o estrangulamento financeiro da empresa por meio desses critérios, aguardando a instauração de uma crise generalizada da solvência da própri empresa, a ANS assume o risco de que situações de desequilíbrio se agravem e se alastrem a ponto de que sequer a revisão técnica seja capaz de restabelecer a saúde econômica da operadora. O risco é de verdadeiro paradoxo regulatório: sob o pretexto de maximizar os interesses dos beneficiários, h possibilidade de que a restrição excessiva do alcance da revisão técnica leve à desproteção daqueles, dado o risco de ruína financeira das operadoras. Diante dos argumentos apresentados na TPS 04, entende-se que devem ser elegíveis à revisão técnica as operadoras que comprovarem desequilíbrio econômico-financeiro em seus planos individuais por, no mínimo, 2 anos. Desta forma, não podemos esquecer que a revisão técnica é um instrumento fundamental para viabilizar o equilíbrio econômico-financeiro de contratos de longa duração no setor de saúde suplementar, preservando a solvência das operadoras e garantindo a proteção dos beneficiários. Além disso, a revisão técnica deve estar em consonância com as melhores práticas de gestão e as normas aplicáveis às relações entre a administração pública e os particulares. Isto posto, é fundamental ressaltar que a existência de um desequilíbrio econômico-financeiro em determinada carteira de planos de saúde não é suficiente para caracterizar um desequilíbrio generalizado da operadora, nem par inferir sua capacidade de cumprir suas obrigações financeiras. Portanto, a concessão da revisão técnica não deve estar condicionada à comprovação de u desequilíbrio em toda a operação da operadora, mas sim à demonstração de que o desequilíbrio identificado em determinada carteira ou grupo de planos compromete a sua sustentabilidade. Também devem ser considerados os dados da situação atual dos planos individuais. Os reajustes autorizados pela ANS para os planos individuais são frequentemente insuficientes para compensar a inflação médica, sendo que entre 2018 e 2023, a defasagem de reajuste acumulou 47,5% entre a inflação médica efetivamente observada (conforme dados do IESS) e os reajustes máximos permitidos pela ANS. De acordo com dados divulgados pela própria agência, 84% das entidades que operam planos individuais, representando 87% do mercado, apuraram um Índice Combinado em 2023 maior do que aque observado em 2019. Isso indica que o aumento da sinistralidade e desequilíbrio financeiro não é algo pontual, mas uma direção na qual o mercado está caminhando há mais de 5 anos. Em consonância, 50% das operadoras apuraram Índice Combinado acima de 100% em 2023, indicando que o desequilíbrio dos planos individuais já é alg sistêmico, que afeta a situação financeira das operadoras e as margens requeridas nos planos coletivos; algo que precisa ser corrigido antes que se torne u problema para a situação financeira desses demais planos e da operadora em si. Diante disso, para equilibrar as contas, o mercado muitas vezes precisa recorrer a outras fontes de receita (como as contraprestações da carteira de plano coletivos) para cobrir esses custos. Contratos coletivos são onerados com reajustes maiores de forma a subsidiar indiretamente o desequilíbrio da carteira
305896	Tendo em vista que a Lei 9.961/00 dispõe que cabe à ANS autorizar os reajustes e as revisões das contraprestações monetárias dos planos privados de assistência à saúde, com a consulta ao Ministério da Fazenda, observa-se que a referida lei distingue claramente os dois instrumentos, considerando-os cor revisão e reajuste. A unificação e a proibição de aplicação no mesmo exercício financeiro não se mostram razoáveis para as operadoras. É importante desta que, caso se opte por essa alternativa, a ANS deverá realizar as alterações necessárias na nomenclatura em todas as normas pertinentes ao assunto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- § 6º É vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços de saúde dos valores devidos a □tulo de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado sempre à operadora de plano privado de assistência à saúde, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual. § 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respec□vo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato. § 8º Na modalidade de franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go, somente incidirá o limite de exposição	Exclusão
305896	- Art. 1º A presente Resolução Norma□va dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 1 fatores moderadores de u□lização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea “a” do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respec□vas alíneas do art. 19, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos e	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	
305896	Art. 1º A presente Resolução Normativa dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços assistência médica hospitalar no setor de saúde suplementar; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea “a” do inciso I e os in e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regula Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 19, da Resolução Normativa nº 465 de 24 de fevereiro que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assist saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, fixa as di de atenção à saúde e dá outras providências.

Protocolo	Justificativa
305896	Considerando a sugestão elencada no art.2º § 2º, no sentido de que seja permitido o pagamento direto ao prestador, não há razão para a vedação express trazida pelo § 6º. É imperioso destacar que, atualmente, as operadoras que fazem uso do mecanismo financeiro franquia permitem a cobrança pelo prestad Ademais, o conceito de franquia em outros segmentos, como por exemplo, o de automóvel, e internacionalmente, é caracterizado pela cobrança realizada p prestador. Alterar essa lógica, sem qualquer fundamento ou justificativa - No RAIR não foram apresentados estudos aprofundados com amparo internacion irá ocasionar em assimetria de informações pelos próprios beneficiários. Destaca-se, ainda, que se a operadora não possui responsabilidade pela cobertura incoerente que haja vedação de cobrança pelo prestador, tendo em vista que fatalmente a operadora se responsabilizará pela cobrança, sendo o risco de crédito dessa operação transferido para ela.
305896	Preliminarmente, registra-se que o prazo de contribuição para análise da CP 145 foi extremamente exíguo, razão pela qual foi apresentado ofício com solicitação de dilação de prazo, tendo sido posteriormente reiterado. Ademais, devido às especificidades dos planos odontológicos, os quais possuem custos de procedimentos e mensalidades consideravelmente inferiores, tor se imperativa uma abordagem normativa distinta. Assim, compreende-se que a regulamentação não deve ser aplicada a planos que são exclusivamente odontológicos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
305896	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração
305896	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá apresentar resposta conclusiva ao pedido de Revisão Técnica feito pela operadora em até 4 sob pena do pleito ser considerado tacitamente aprovado.
305896	Texto proposto para alteração do Art.3º II: II - a carteira de planos individuais ou familiares ou o agrupamento deve apresentar desequilíbrios consistentes há pelo menos 2 (dois) anos; e
305896	Proposta de alterção do caput do Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todo procedimentos e eventos em saúde realizados em regime de internação.

Protocolo	Justificativa
305896	O dispositivo evidencia vício grave no devido processo de elaboração normativa da resolução. É que a ANS submeteu à Consulta Pública minuta de resoluç que não regulamenta de forma objetiva nenhum dos elementos básicos da revisão técnica: nem a sua metodologia, nem o seu iter processual, nem os documentos necessários para o seu processamento. Não é possível prever, a partir dos elementos disponíveis no RAIR e na minuta de norma, de que forma revisão técnica poderá ser implementada pela Agência. De nada adianta a criação de ato normativo ineficaz e inespecífico, como proposto no RAIR. Trata-s de conduta contraditória com o próprio objetivo buscado pela edição de resolução a respeito das revisões técnicas, que é o de estabelecer critérios objetivos isonômicos para a aplicação do instituto. A ausência de definição mínima inviabiliza a participação da sociedade para a criação da norma, ao mesmo tempo que abre espaço para que a ANS edite instruções normativas sem prévia análise de impactos regulatórios e diálogo com o setor regulado. O Decreto nº 10.139/2019 foi revogado pelo Decreto nº 12.002/2024, que entrou em vigor em 01/06/2024. Ele dispõe que não cabe mais Instrução Normati para atos de órgãos colegiados, pois passou a ser utilizada apenas para atos editados por uma ou mais autoridades singulares, razão pela qual a ANS menciona na minuta, que a IN virá por meio da DIPRO (autoridade singular), ou seja, não passará pela Diretoria Colegiada. Desta forma, entende-se ser d suma importância que seja dada publicidade aos dispositivos que a Agência menciona virem por meio de instrução normativa, em observância, inclusive a princípio da transparência. Essa prática contribuiria para a elaboração do documento que estabelecerá os procedimentos e padrões relacionados a metodologia de cálculo e como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos acompanhamento do desempenho da carteira, tal abordagem estaria respeitando o princípio da transparência. A metodologia de cálculo é matéria que integra o núcleo principal e estruturante do tema Revisão Técnica, de modo que deveria integrar a própria RN, ainc que por meio de Anexo. Sem previsão da metodologia em Resolução Normativa, não há conhecimento sobre os principais aspectos da Revisão Técnica proposta pela ANS. Desse modo, não é matéria que deva ser regulamentada por meio de Instrução Normativa (IN), pois essa espécie de ato normativo se destina a orientar a execução das normas vigentes pelos agentes públicos, sem inovar (art. 42, VII, da RR nº 21/22). Sem conhecimento sobre a metodolog de cálculo que estruturará a Revisão Técnica proposta, os agentes econômicos têm o seu direito de avaliar, questionar e contribuir por meio dos instrument de participação social cerceados. Traçando um paralelo, os elementos estruturantes da metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais são regulamentados por meio de Resolução Normativa (RN ANS 441/18).
305896	A ANS deixou de apontar quaisquer estudos ou projeções que justifiquem a eleição do prazo mínimo de três anos de desequilíbrios como pressuposto para revisão técnica. Excluem-se de antemão, e sem justificativa, por exemplo, situações nas quais aguardar três anos seria inviabilizar a própria recuperação d carteira e/ou da própria empresa. A realização da Revisão Técnica após 3 anos de desequilíbrio técnico e de solvência ameaçada é um remédio tardio para recuperação da posição financeira da Operadora. Isso ocorre devido a vários fatores. O agravamento do desequilíbrio dos planos individuais se dá, principalmente, pelo envelhecimento da população e aumento dos custos médicos, aliados aos reajustes insuficientes ao longo dos anos. Dessa forma, o desequilíbrio não é temporário ou transitório, ou algo que precise ser confirmado ao longo de 3 anos. Condicionar a elegibilidade para Revisão Técnica ac desequilíbrio consistente há 3 anos da carteira de planos individuais da operadora pode ser prejudicial, uma vez que a operadora pode enfrentar dificuldade financeiras crescentes enquanto aguarda o período de elegibilidade. Se a análise do histórico de sinistralidade já demonstra uma tendência de desequilíbri isso deve ser considerado como um indicativo para a Revisão Técnica, razão pela qual sugere-se a redução para o prazo de 2 anos.
305896	A cobrança por internação pode desestimular o uso adequado do pronto-socorro, levando à busca por atendimentos ambulatoriais em situações que demandam atendimento de urgência e emergência. Existem pacotes de pronto-socorro, garantindo que os beneficiários tenham acesso a serviços de qualidade, independentemente do prestador escolhido. Além disso, é necessário encontrar um equilíbrio entre a necessidade de garantir a sustentabilidade sistema e a garantia do acesso aos serviços de saúde para os beneficiários.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
305896	- § 3º Para fins de observância do limite de exposição financeira anual, considerar-se-ão os procedimentos e/ou eventos em saúde efe□vamente realizados dentro do respec□vo período anual, sobre os quais incidiram Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
305896	- Art. 3º O art. 5º da Resolução Norma□va ANS nº 558, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar com a seguinte redação:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	Esta norma entra em vigor 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após sua publicação.
305896	
305896	§ 1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profis da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Protocolo	Justificativa
305896	Diante da complexidade das mudanças introduzidas pela nova norma em função do detalhamento e das especificidades do modelo, e do impacto operacior extremamente elevado para as operadoras, a fim de garantir uma implementação bem-sucedida, sugerimos a extensão do prazo para 365 dias. Esse perío adicional permitirá que os regulados invistam em capacitação, ajustes de sistemas e adequação de processos, minimizando riscos operacionais e financeiro Esse prazo contribuirá para melhoria dos serviços prestados e para estabilidade do setor.
305896	Considerando a manifestação da FenaSaúde de exclusão do caput deste artigo que trata dos limites de exposição financeira, todas as menções relacionada para fins de adequação de texto devem ser excluídas.
305896	A proposta da FenaSaúde é pela manutenção da redação vigente que confere exclusivamente ao médico a prerrogativa de conduzir a entrevista qualificad para preenchimento da declaração de saúde. O propósito da entrevista qualificada é proporcionar o correto preenchimento de doenças e lesões preexistentes na declaração de saúde, evitando informaçõ falsas que podem gerar consequências gravíssimas para o beneficiário, como a suspensão ou a rescisão do contrato. Daí a previsão de que essa orientaçã seja feita por um médico – isto é, alguém com expertise suficientemente adequada para compreender todos os aspectos envoltos ao tema. Nesse contexto, pretensão de ampliar o rol da norma para abarcar todos os profissionais de saúde carece de motivação adequada pela ANS, que não esclareceu de que forı a alteração normativa facilitaria ou incrementaria a acurácia das declarações de saúde. Para além, a proposta viola, em primeiro lugar, a Lei Federal nº 12.842/2013, que estabelece que a atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas é atividade privativa do médico (art. 4º, XIII). Em segundo lugar, além de ilegal, a ampliação proposta é irrazoável, porque incompatível com os pressupostos e com o objetivo da entrevista qualificada. ampliação da lista de profissionais traz riscos significativos (e não considerados pela ANS na AIR) de aumento na incidência de erros e fraudes no preenchimento das declarações de saúde, o que incrementaria os custos das operadoras e, por fim, o custo do próprio seguro. Basta ver que a lista de profissionais de saúde é ampla e abarca profissões variadas e cuja expertise não tem qualquer relação com o preenchimento de declarações de saúde. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, por intermédio da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, são considerados profissionais de saúde: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	Art.2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Proposta de alteração) Parágrafo único. (Proposta de Exclusão)

Protocolo	Justificativa
305896	Sugere-se a alteração do caput do art.2º conforme acima e a exclusão do parágrafo único do Art. 2º, pois na AIR e ARR nas quais a proposta de alteraçã normativa está fundamentada apresenta falhas relevantes. De um lado, a própria ANS admite que não conta com informações sobre a evolução da contrata eletrônica desde a edição da RN 413. De outro, a proposta apresentada pelo RAIR é evidentemente deficiente em relação à mensuração dos impactos. Há erros graves de premissa, notadamente a partir da mera percepção de que os canais de venda online diminuirão os custos do setor, sem qualquer dimensã empírica que a comprove. A imposição de obrigatoriedade de oferta de planos privados de assistência à saúde aumentará custos e riscos que não podem s negligenciados no processo regulatório. Afinal, as OPS que não adotam esse sistema necessitarão contratar infraestrutura, recursos humanos e consultoria de cibernética e proteção de dados para garantir não só o atendimento, mas também a segurança das informações que serão transmitidas pelos novos cana Além disso, há o incremento potencial de fraudes que recorrentemente acontecem no ambiente eletrônico. Daí porque a facultatividade é a melhor opção regulatória: permite que cada OPS avalie, dentro da sua estrutura de custos e riscos, quais os canais mais adequados para o seu modelo de negócios. A fa de dimensionamento dos riscos e custos regulatórios trazidos pela proposta é ainda agravada quando se tem em conta que a ANS não considerou os possíveis impactos globais da adoção de todas as alterações regulatórias propostas na CP nº 145 sobre as OPS. Essas alterações, em conjunto, abranger mudanças significativas em aspectos operacionais das operadoras de planos de saúde e nas metodologias de reajuste de preços dos produtos, além da exigência de implementação de novas práticas comerciais. Esses custos, cumulativos, podem gerar dificuldades econômicas significativas ou, até mesmo inviabilizar economicamente a operação de algumas OPS, mas essa dimensão passou ao largo das análises realizadas no processo normativo. A proposta de tornar a venda on-line obrigatória contraria a Lei nº 13.874/2019, que garante a liberdade econômica e restringe a intervenção estatal. A contratação de planos de saúde exige uma análise detalhada relacionada a rede, prestadores, abrangência, cobertura e condições específicas de cada produto. A comparação entre diversos produtos de operadoras é fundamental para que o beneficiário/contratante possa tomar uma decisão consciente e acertada. A venda online sem auxílio técnico pode comprometer essa análise e prejudicar o próprio beneficiário, agravando a assimetria de informação e maximização de potenciais litígios judiciais. Entende-se, portanto, que a venda on line não deve ser obrigatória para serviços de saúde. Contratações eletrônicas podem ocorrer por impulso, podend gerar utilização do serviço e posterior arrependimento com cancelamento da compra. No caso de arrependimento com utilização nos 7 primeiros dias, os valores devidos relacionados a atendimentos realizados serão de difícil recuperação, pois os eventos são notificados às operadoras meses após a utilizaçã Além disso, a prática do direito de arrependimento em serviços de saúde pode levar a comportamentos inadequados e oportunistas, encarecendo os planos afetados por outros custos. Por fim, quanto à possibilidade de contratação sem intermediários aventada na AIR, salientamos as exposições quanto ao possível agravamento da assimet de informação e maximização de potenciais litígios judiciais. A proteção de dados pessoais na venda on-line também é uma preocupação significativa, devid sensibilidade das informações, gerando desafios de conformidade com a LGPD e custos para as operadoras. Desse modo, entende-se que a imposição d venda online viola o Princípio da Legalidade (art. 5º, II, da CRFB), pois não há norma legal neste sentido, sendo tal competência privativa da União em razã

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração
305896	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	Art 5º O índice a ser aplicado deverá estar limitado à recondução da sinistralidade ao índice previsto em Nota Técnica ou em Estudo Técnico elaborado por a com base em aspectos prospectivos, devendo ser considerada a carteira de contratos individuais ou familiares ou o agrupamento desses contratos em dese devendo os dados ser auditados por auditoria independente registrada na CVM.
305896	Proposta de alteração do inciso II do Art.6º: II -a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais distinções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos meca financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, por prestadores de serviços epor formas de acesso, observado o disposto no art. 7 Resolução Normativa;

Protocolo	Justificativa
305896	O dispositivo evidencia vício grave no devido processo de elaboração normativa da resolução. É que a ANS submeteu à Consulta Pública minuta de resoluç que não regulamenta de forma objetiva nenhum dos elementos básicos da revisão técnica: nem a sua metodologia, nem o seu iter processual, nem os documentos necessários para o seu processamento. Não é possível prever, a partir dos elementos disponíveis no RAIR e na minuta de norma, de que forma revisão técnica poderá ser implementada pela Agência. De nada adianta a criação de ato normativo ineficaz e inespecífico, como proposto no RAIR. Trata-s de conduta contraditória com o próprio objetivo buscado pela edição de resolução a respeito das revisões técnicas, que é o de estabelecer critérios objetivos isonômicos para a aplicação do instituto. A ausência de definição mínima inviabiliza a participação da sociedade para a criação da norma, ao mesmo tempo que abre espaço para que a ANS edite instruções normativas sem prévia análise de impactos regulatórios e diálogo com o setor regulado. O Decreto nº 10.139/2019 foi revogado pelo Decreto nº 12.002/2024, que entrou em vigor em 01/06/2024. Ele dispõe que não cabe mais Instrução Normati para atos de órgãos colegiados, pois passou a ser utilizada apenas para atos editados por uma ou mais autoridades singulares, razão pela qual a ANS menciona na minuta, que a IN virá por meio da DIPRO (autoridade singular), ou seja, não passará pela Diretoria Colegiada. Desta forma, entende-se ser d suma importância que seja dada publicidade aos dispositivos que a Agência menciona virem por meio de instrução normativa, em observância, inclusive a princípio da transparência. Essa prática contribuiria para a elaboração do documento que estabelecerá os procedimentos e padrões relacionados a metodologia de cálculo e como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos acompanhamento do desempenho da carteira, tal abordagem estaria respeitando o princípio da transparência. A ANS deve observar as diretrizes estabelecidas pelo CPA nº 39 do Instituto Brasileiro de Atuária. A metodologia de cálculo é matéria que integra o núcleo principal e estruturante do tema Revisão Técnica, de modo que deveria integrar a própria RN, ainc que por meio de Anexo. Sem previsão da metodologia em Resolução Normativa, não há conhecimento sobre os principais aspectos da Revisão Técnica proposta pela ANS. Desse modo, não é matéria que deva ser regulamentada por meio de Instrução Normativa (IN), pois essa espécie de ato normativo se destina a orientar a execução das normas vigentes pelos agentes públicos, sem inovar (art. 42, VII, da RR nº 21/22). Sem conhecimento sobre a metodolog de cálculo que estruturará a Revisão Técnica proposta, os agentes econômicos têm o seu direito de avaliar, questionar e contribuir por meio dos instrument de participação social cerceados. Traçando um paralelo, os elementos estruturantes da metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais são regulamentados por meio de Resolução Normativa (RN ANS 441/18).
305896	Sugere-se permitir a diferenciação de mecanismos de regulação financeira por prestador e formas de acesso, para assegurar a liberdade contratual e de negociação da rede assistencial da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305896	

Protocolo	Justificativa
305896	Estabelecer uma meta mínima de sinistralidade para todo o mercado de saúde suplementar pode ter efeitos sistêmicos profundos, consideradas as diversa particularidades que influenciam as operações das OPS. Afinal, a ANS não explica como fatores como as diferenças regionais no Brasil, a diversidade de nichos e segmentos de mercado atendidos, as características dos produtos, as características ocupacionais dos beneficiários, além das variações na remuneração de intermediários, dos custos indiretos e das variações de coberturas - há diferença de riscos entre planos ambulatoriais, hospitalares etc., seriam (ou não) adequadamente captados e equacionados pela meta mínima estipulada. As repercussões concorrenciais dessa alteração não foram sopesadas pela ANS de forma adequada ou transparente. A ANS não poderia ter passado ao largo dessa perspectiva concorrencial, inclusive à luz do dispo no art. 10, §2º da RN nº 548/2022, segundo os quais sempre que for cabível, as análises incluirão avaliação do impacto das alternativas regulatórias na concentração de mercados relevantes, abrangendo análise de entrada e impacto na competição entre operadoras. O Custo Técnico é um elemento importa para a definição do preço tarifário e dos reajustes dos planos, pois reflete a utilização e a magnitude dos custos médicos que se estimam ser incorridos pel grupo de beneficiários. Entretanto, existem outros componentes como carregamento de despesas e remuneração dos acionistas que afetam significativame a formação da contraprestação que a operadora deverá cobrar dos beneficiários. Ao definir uma sinistralidade mínima (75%) somente sobre o custo técnico, são desconsiderados todos os outros componentes que formam a contraprestaç Existem operadoras assim como contratos específicos de operadoras, cujo desenho do negócio requerem patamares diferenciados de carregamento de out componentes que não a sinistralidade, como custos administrativos fixos. Estima-se que, caso fosse estabelecido um critério de sinistralidade mínima de 75 para a comercialização de planos de assistência médico-hospitalar, os preços atuais teriam que ser reavaliados de modo a produzir um aumento de até 44 do índice de sinistralidade. Adicionalmente, destaca-se que para cerca de 16% das operadoras que operam com planos médico-hospitalares do mercado possuem um volume elevado de carregamento administrativo, para os quais uma regra de sinistralidade mínima de 75% já não seria suficiente para manter negócio viável. Além disso, contratos que necessitam de equilíbrio abaixo de 75% teriam de ser subsidiados por outros, o que não deve ser admitido. Por fim, o segmento médico-hospitalar atua com margens apertadas para remuneração do capital (margem de 2% em 2023), de modo que restrições para definição de margens, mesmo que pequenas, podem afetar o equilíbrio financeiro do mercado.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
305896	- § 1º A copar□cipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	
305896	§ 1º A coparticipação é o valor devido em razão da realização pelo beneficiário de um procedimento ou evento em saúde, conforme previsão contratu

Protocolo	Justificativa
305896	Além de estabelecer uma lista de procedimentos sobre os quais não pode haver incidência de qualquer mecanismo de regulação financeira, a proposição normativa ainda estabelece limites mensal, anual e um percentual máximo para a coparticipação. Conforme se depreende do RAIR, o objetivo é impedir "cobranças desproporcionais e não [comprometer] a capacidade de pagamento dos beneficiários." Ocorre que a imposição cumulativa dos referidos limites pode ter um efeito inverso, configurando um verdadeiro paradoxo regulatório. É que, impostos limites para a incidência desses mecanismos, a contraprestaç pecuniária mensal desses planos será inevitavelmente majorada para que se mantenha a sustentabilidade econômico-financeira do plano. Isto é, tais planc deixariam de apresentar descontos vantajosos em relação aos demais. Consequentemente, a busca por eles diminuiria, o que resultaria na redução da ofer e, por fim, afetaria o próprio acesso de parcela dos consumidores ao sistema de saúde suplementar. Isto é, ao impor limites com a intenção de proteger o consumidor, a ANS poderá levar ao efeito inverso. A aplicação de mecanismos financeiros de regulação em planos de saúde é estratégia comum no setor, devido às características intrínsecas à atividade d seguros. Dada a racionalização do consumo, o compartilhamento parcial das despesas médicas com os beneficiários, e o consequente aumento da eficiênc operacional do setor, planos com mecanismos financeiros de regulação tem como principal característica o fato de terem menores despesas, o que se refle em benefícios ao consumidor em termos de menores mensalidades (valor comercial médio, ou variação de custo). Planos com fatores moderadores apresentam variação de custo significativamente menor, fator que contribui para a atratividade de modalidades com coparticipação no mercado. O conjunto limitações proposto pela ANS implica na diminuição da racionalização do consumo de serviços médicos, decorrente da redução do número de procedimento de caráter eletivo em que incide fator moderador, bem como na diminuição do compartilhamento de custos com os beneficiários no período de uso mais intensivo do plano. Este efeito decorre da ação conjunta das três restrições propostas. Como consequência destas alterações propostas pela ANS, os planc com fator moderador tendem a se tornar mais onerosos, refletindo no aumento de suas mensalidades. Este movimento aproximaria os produtos com mecanismos financeiros de regulação àqueles sem mecanismos de regulação e, como consequência última, excluiria do mercado a oferta de planos de saú com mensalidades inferiores, prejudicando a existência de um modelo de negócios. Conforme estudo realizado pela Ernst Young, contratado pela FenaSaúc a implementação de limites e isenções sobre a coparticipação podem aumentar a tarifa média para o beneficiário em até 20% em relação ao plano com coparticipação sem limites.
305896	Adequação de texto para atender as especificidades da operação, da região, do prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 19 tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Normativa nº 05, d dezembro de 2003, inclusive aqueles com Termos de Compromissos firmados entre ANS e operadoras de planos de saúde entre os anos de 2004 e 2(referentes aos reajuste autorizados, e os planos celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9.656/98 e não adaptados que prevejam cláusula de reequi deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa.

Protocolo	Justificativa
305896	Preliminarmente, registra-se que o prazo de contribuição para análise da CP 145 foi extremamente exíguo, razão pela qual foi apresentado ofício com solicitação de dilação de prazo, tendo sido posteriormente reiterado. A revisão técnica é uma ferramenta regulatória para assegurar a sustentabilidade financeira em situações de potencial desequilíbrio que ameacem a execuç contratual. Além de expressa previsão legal (art. 16, XI, da Lei nº 9.656/1998 e art. 4º, XVII, XVIII da Lei nº 9.961/2000), ela decorre também de um consecta lógico da necessidade de se resguardarem as relações contratuais de longa duração de eventos inesperados e/ou do próprio decurso do tempo. Sejam os contratos celebrados antes ou depois de a Lei nº 9.656/1998 entrar em vigor, a saúde econômico-financeira dos planos de saúde é merecedora de tutela (inclusive e especialmente pela ANS, que tem essa missão institucional), nas hipóteses em que desequilíbrios na respectiva relação atuarial venham a ameaçar sua viabilidade econômica. A efetividade desse instituto, de sua vez, impõe segurança jurídica para o setor e para os beneficiários. A revisão técni deve alcançar todas as carteiras de contratos individuais ou familiares, celebrados ou adaptados, anterior ou posteriormente à vigência da Lei nº 9.656/98, q estejam em desequilíbrio pelo princípio da onerosidade excessiva previstos no Código Civil e no CDC. Além disso, a inclusão expressa dos contratos abarcados pelos Termos de Compromisso no âmbito de aplicação da norma é medida que fortalece essa diretriz de segurança jurídica. Aliás, um dos objeti da celebração dos Termos de Compromisso foi conferir segurança jurídica e equilíbrio econômico-financeiro aos planos ali contemplados. A inclusão expressa está em linha com a sua aplicabilidade aos contratos abarcados pela Súmula Normativa nº 05, já que esta e os Termos de Compromis firmados entre 2004 e 2005 compõem um sistema de medidas implementadas pela ANS para conferir previsibilidade, transparência e sustentabilidade aos planos anteriores à Lei nº 9.656/1998, o que impõe seu tratamento isonômico pela Agência (art. 1º, 5º, caput e LIV e 37, caput, da CRFB). Diante da viabilidade estabelecida nos Termos de Compromissos, no sentido de se poder estabelecer mecanismos que promovam o equilíbrio-financeiro da carteiras em contratos não regulamentados pela Lei nº 9.656/1998, considera-se que a proposta de revisão técnica deve alcançar os referidos termos firmac entre a ANS e as operadoras de planos de saúde referentes à aplicação dos reajustes anuais dos planos individuais. Importante considerar, ainda, que o disposto na Súmula nº 5/2003 da ANS estabelece que foi considerada a decisão, em sede cautelar, proferida pelo Supremo Tribunal Federal, em 21 de agosto de 2003, nos autos da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1931-8, no sentido da não aplicação da lei dos planos de saúde aos contratos firmados anteriormente à referida lei. A referida decisão foi confirmada em 2018, nos seguintes termos “O Plenário do Supre Tribunal Federal (STF) julgou parcialmente procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1931, que questiona a Lei 9.656/1998 (Lei dos Planos Saúde). Por unanimidade dos votos, a Corte considerou válida a maioria dos dispositivos, mas entendeu que os contratos celebrados antes da vigência da norma não podem ser atingidos pela regulamentação dos planos de saúde”. Se a minuta da revisão técnica, proposta pela ANS, alcançará os planos abarcados pela Súmula nº 05/2003 (contratos não regulamentados e não adaptado sem cláusula expressa de percentual de reajuste), entende-se, por consequência, que também sejam mencionados expressamente os Termos de Compromisso firmados entre ANS e as operadoras de planos de saúde para que não haja tratamento desigual a situações que se enquadram no mesmo contexto, qual seja, contratos de planos individuais/familiares celebrados anteriormente à Lei nº 9.656/1998, sem cláusula expressa de reajuste e com percentuais de reajuste estipulados pela ANS.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
305896	- § 2º A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora de plano privado de assistência à saúde não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde isentos de cobrança deverão ser informados aos beneficiários em área logada. Devido à ausência de campo especifico para contribuições do anexo, segue abaixo a proposta de alteração referente aos procedimentos e eventos de saú integram o Anexo desta norma. Em relação ao Anexo de procedimentos isentos, propomos as seguintes alterações, com base nas justificativas técnicas apresentadas: PARTE I DAS CONTRIBUIÇÕES: No bloco “II - EXAMES PREVENTIVOS, ENTENDENDO-SE ESTES POR” sugerimos as seguintes alterações: Mamografia – mulheres de 40 a 69 anos – 1 exame a cada 2 anos; Para: a) Mamografia – mulheres de 50 – 69 anos – 1 exame a cada 2 anos: Justificativa: O Ministério da Saúde, por meio das Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, recomenda a realização de mamograf rastreio populacional por média de risco entre 50 e 69 anos de idade. Para as mulheres com menos de 50 anos de idade, a recomendação é contra. Colonoscopia – em adultos de 50 a 75 anos; Para: Colonoscopia – em adultos de 50 a 75 anos a cada 10 anos; Justificativa: As diretrizes do MS recomendam os dois procedimentos, mas não abordam a frequência. A revisão realizada pelo projeto OncoRede estabel rastreio por média populacional de risco como anual ou bianual para sangue oculto e a cada 10 anos para Colonoscopia. revisão realizada pelo projeto Onc estabelece o rastreio por média populacional de risco como anual ou bianual para sangue oculto e a cada 10 anos para Colonoscopia. Exames de HIV: Manter os exames de HIV: código 40324079 - HIV1/2, anticorpos (teste rápido), código 40307166 - HIV - antígeno P24 - pesquisa e/ou dosagem, código 40 HIV1 ou HIV2, pesquisa de anticorpos. Excluir os exames de HIV: código 40307182 - HIV1+ HIV2, (determinação conjunta), pesquisa de anticorpos, código 40307875 - Western Blot (anticorpos ar pesquisa e/ou dosagem e código 40317138 - HIV - qualitativo por PCR – pesquisa. Justificativa: Considerando que como exames preventivos devem ser contemplados os testes de screening, devemos manter apenas o teste rápido e os pesquisa de antígeno e anticorpo. Os demais são para: diagnóstico genético, acompanhamento do paciente com HIV ou testagem de material transfusio Exames de Sífilis: Manter os exames de Sífilis: código 40307760 – Sífilis – VDRL, código 40307735 - Sífilis - FTA-ABS-IgG – pesquisa e código 40307743 - Sífilis - FTA-ABS pesquisa. Excluir os exames de Sífilis: código 40307751 - Sífilis - TPHA – pesquisa, código 40308286 - Sífilis anticorpo total - pesquisa e/ou dosagem, código 40308
305896	§ 2º A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde devido ao prestador de serviço conforme previsão contratual, at a operadora de plano privado de assistência à saúde não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à credenciada, referenciada ou cooperada.

Protocolo	Justificativa
305896	A proposta de estabelecer um rol de procedimentos isentos de cobrança de coparticipação, como previsto no Art. 3º da minuta, fere o princípio da livre negociação e pode resultar em um aumento significativo das mensalidades dos planos de saúde.. Conforme estudo realizado pela Ernst Young, contratad pela FenaSaúde, a implementação de limites e isenções sobre a coparticipação podem aumentar a tarifa média para o beneficiário em até 20% em relação plano com coparticipação sem limites. Por fim, com base nos estudos técnicos realizados , sugerimos alterações no Anexo da norma, a fim de garantir mai equidade e eficiência no sistema. PARTE II DAS CONTRIBUIÇÕES: Incluir o exame código 40901254 - US – obstétrica com Translucência Nucal com o seguinte descritivo: j) 1 (um) exame entre 11 semanas e 13 semanas e dias. Justificativa: o exame US – obstétrica com Translucência Nucal deve ser realizado entre 11ª e a 13ª semana de gestação e tem por objetivo investigar o tamanho e a quantidade do fluido que fica entre a pele e a gordura da nuca do bebê, além de descobrir problemas cardíacos, já que o exame consegue analisar o ducto venoso. Incluir o exame código 40901246 - US – obstétrica com doppler colorido com o seguinte descritivo: j) 1 (um) exame a partir de 32 semanas. Justificativa: o exame US – obstétrica com doppler colorido deve ser realizado após a 32ª semana e tem por objetivo Doppler colorido permite avaliar o flux sanguíneo nas artérias uterinas e nas artérias umbilicais, que são responsáveis pela nutrição e oxigenação do bebê. Sugerimos ainda a exclusão dos seguintes procedimentos por não constarem no Rol: Código 10101020 - Consulta em domicílio; Código 40808173 – Xeromamografia; Código 41001265 - TC – Colonoscopia virtual; Código 40314219 - Sífilis por PCR – pesquisa; Código 41203178 - Radioterapia Rotatória com acelerador linear com fótons e elétrons - por volume tratado e por dia; Código 41203186 - Radioterapia Rotatória com acelerador linear só com fótons – por volume tratado e por dia; Código 41203194 - Radioterapia Rotatória com unidade de cobalto - por volume tratado e por dia; Código 40402177 - Concentrado de hemácias CMV negativos; Código 40404110 - PCR em tempo real para diagnóstico de adenovírus; Código 40404293 - Genotipagem Duffy_Gata; Código 40404307 - Genotipagem Kell; Código 40404315 - Genotipagem Kidd; Código 40404323 - Genotipagem para zigosidade D;
305896	É imperioso destacar que, atualmente, as operadoras que fazem uso do mecanismo financeiro franquia permitem a cobrança pelo prestador. Ademais, o conceito de franquia em outros segmentos, por exemplo, o de automóvel, e internacionalmente, é caracterizado pela cobrança realizada pelo prestador. Alte essa lógica, sem qualquer fundamento ou justificativa - No RAIR não foram apresentados estudos aprofundados com amparo internacional - irá ocasionar e assimetria de informações pelos próprios beneficiários. Destaca-se, ainda, que se a operadora não possui responsabilidade pela cobertura, é incoerente qu haja vedação de cobrança pelo prestador, tendo em vista que fatalmente a operadora se responsabilizará pela cobrança, sendo o risco de crédito dessa operação transferido para ela.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- § 3º Considera-se procedimento realizado em regime de internação todo aquele que resulta em uma internação do beneficiário, inclusive os atendimentos realizados em regime de hospital-dia, desde que para realização de procedimento previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANS como de cobertura obrigatória para a segmentação hospitalar.	Exclusão
305896	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
305896	- Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - franquia dedu□vel acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja a□ngido o valor previsto no contrato Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 5 como franquia; e II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305896	
305896	
305896	

Protocolo	Justificativa
305896	Limitar somente aos procedimentos de natureza hospitalar não é o ideal, tendo em vista que, também os procedimentos de segmentação ambulatorial realizados em regime hospitalar (hospital-dia) geram custos dessa natureza para a operadora. Logo, todos os atendimentos realizados em Hospital-dia deve ser considerados. Todavia, é aconselhável que seja feita uma análise técnica-médica sobre esse ponto.
305896	Justificativa para exclusão do inciso II do Art.5º: Não houve, no RAIR, qualquer análise empírica que demonstrasse a necessidade de se limitar o percentual a 30%, nem estudos sobre os impactos dess percentual sobre o mercado e sobre o consumidor. Para além de contrariar normas da própria ANS, não é possível extrair do RAIR qualquer estudo que demonstre ser inviável alcançar os objetivos almejados se o limite fixado fosse superior a 30%. Estabelecer limite máximo de 30% do valor da contraprestação fará com que a operadora absorva os valores excedentes, gerando um desequilíbrio para c contrato e trazendo risco para sua solvência. Os preços dos planos com copart serão onerados e se assemelharão aos planos sem copart tirando do merca planos mais acessíveis à população em geral. O limite definido na proposta não foi precedido de estudo que demonstre que esta é a alternativa menos restritiva capaz de atingir o objetivo almejado. A aplicação de mecanismos financeiros de regulação em planos de saúde é estratégia comum no setor, devido às características intrínsecas à atividade d seguros. Dada a racionalização do consumo, o compartilhamento parcial das despesas médicas com os beneficiários, e o consequente aumento da eficiênc operacional do setor, planos com mecanismos financeiros de regulação tem como principal característica o fato de terem menores despesas, o que se refle em benefícios ao consumidor em termos de menores mensalidades (valor comercial médio, ou variação de custo). Planos com fatores moderadores apresentam variação de custo significativamente menor, fator que contribui para a atratividade de modalidades com coparticipação no mercado. O conjunto limitações proposto pela ANS implica na diminuição da racionalização do consumo de serviços médicos, decorrente da redução do número de procedimento de caráter eletivo em que incide fator moderador, bem como na diminuição do compartilhamento de custos com os beneficiários no período de uso mais intensivo do plano. Este efeito decorre da ação conjunta das três restrições propostas. Como consequência destas alterações propostas pela ANS, os plano com fator moderador tendem a se tornar mais onerosos, refletindo no aumento de suas mensalidades. Este movimento aproximaria os produtos com mecanismos financeiros de regulação àqueles sem mecanismos de regulação e, como consequência última, excluiria do mercado a oferta de planos de saú com mensalidades inferiores, prejudicando a existência de um modelo de negócios. Conforme estudo realizado pela Ernst Young, contratado pela FenaSaúd a implementação de limites e isenções sobre a coparticipação podem aumentar a tarifa média para o beneficiário em até 20% em relação ao plano com coparticipação sem limites.
305896	Solicita-se a exclusão do § 8º do Art. 10, considerando a manifestação da FenaSaúde de exclusão do caput do Art.5º da presente minuta, que trata dos limi de exposição financeira, todas as menções relacionadas, para fins de adequação de texto, devem ser excluídas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
305896	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração
305896	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	
305896	Texto proposto para alteração do § 3 do Art.7° : § 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, independentemente do produto conter o fator moderador de coparticipaç havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º d desta norma.
305896	Art. 37º É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar ao menos dois agrupamentos com os seus contratos coletivos por ac os seus contratos coletivos empresariais para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento..

Protocolo	Justificativa
305896	Considerando a manifestação da FenaSaúde de exclusão do caput do Art. 5º que trata dos limites de exposição financeira, todas as menções relacionadas para fins de adequação de texto devem ser excluídas.
305896	Considerando que atualmente não há norma que determine a obrigatoriedade de registro de produto com fator moderador para que seja cobrada a coparticipação em casos de internações psiquiátricas, preza-se pela segurança jurídica e pela manutenção do referido entendimento, visando sempre o fomento a desospitalização.
305896	Segundo o IBA em seu documento Contribuições Atuariais à AP 48, a simples inclusão de contratos maiores no agrupamento de risco não oferece garantia reajustes inferiores ao histórico atual, especialmente se observarmos que os agrupamentos apresentam massa crítica, de maneira que a adição de mais contratos não traz, estatisticamente, alteração no seu resultado. O efeito adverso seria que os contratos com mobilidade (ausência de carência e CPT) e co necessidade individual de reajuste menor, poderão migrar para outra operadora em busca de preços mais competitivos, prejudicando o coletivo de beneficiários remanescentes. Assim, o agrupamento de até 29 beneficiários passará a subsidiar os contratos sem carência que pertencem ao mesmo agrupamento. Frise-se o conceito de "mutualismo" preconizado pela ANS na AIR, onde o risco e o custo são compartilhados entre indivíduos de um mesm grupo, conceito este que não pode ser confundido com o de "subsídio", quando indivíduos de menor risco (e custo) arcam com os indivíduos de maior risco Desta forma, em se definindo pela ampliação do atual agrupamento, há que se aplicar o mesmo critério de porte de contrato com relação à carência e Cobertura Parcial Temporária, ou definir dois agrupamentos distintos. As alterações propostas pela ANS nas regras de agrupamento de contratos coletivos trazem implicações consideráveis para a sustentabilidade e eficiência do setor de saúde suplementar. A elevação do limite de agrupamento para até 1.000 vidas em contratos empresariais tem potencial de comprometer a eficiência do setor ao uniformizar reajustes para carteiras heterogêneas, intensificando falh de mercado e desincentivando práticas de gestão eficiente dos recursos de saúde e de redução das despesas assistenciais. Essa ampliação pode gerar impactos expressivos no equilíbrio econômico das operadoras, visto que parcela significativa delas contaria apenas com índice único de reajuste para grande número de produtos com perfis heterogêneos. O agrupamento de contratos por adesão e empresariais desconsidera diferenç estruturais relevantes entre os dois segmentos, como perfis etários, sinistralidade e mecanismos de gestão. A uniformização das regras desconsidera ainda variação nos custos assistenciais e administrativos entre contratos de tamanhos e características distintas, o que pode gerar distorções de preços e incentiv a seleção adversa. A proposta, ao unificar regras de reajuste, agrava as falhas de mercado dos planos por adesão, tendo potencial de limitar o acesso à saú suplementar e penalizar produtos mais eficientes. A falta de flexibilidade para segregar perfis de risco pode aumentar a sinistralidade média, comprometend sustentabilidade financeira das operadoras e afetando diretamente sua capacidade de negociação e gestão eficiente das carteiras. Caso aprovadas, as alterações à regra de agrupamento propostas pela ANS comprometem a autonomia das operadoras nas negociações, ignorando particularidade de seus modelos de negócio e restringindo a liberdade na definição de preços na formulação de estratégias competitivas, de modo contrário disposto na Lei da Liberdade Econômica (Art. 4º, inciso IV). O Relatório de AIR afirma que os principais riscos decorrentes das alterações normativas em estudo seriam “um aumento no nível de preços e uma maior discriminação nos preços de contratação”. A despeito dessas constatações, a Agência não fez maiores esforços para explicar o motivo da sua preferência p seguir com alterações regulatórias que podem gerar incremento de preços para os beneficiários. Nem estimou as dimensões que esses aumentos poderia atingir, para fins de verificação dos efeitos sistêmicos potenciais sobre o mercado. Além disso, a ANS desconsidera a complexidade e heterogeneidade qu caracterizam o setor, na medida em que deixa de avaliar se essas alterações propostas poderiam inviabilizar o modelo de negócios de parte das OPS. De acordo com o RAIR, alterando-se os limites atuais, a proporção de beneficiários sujeita a agrupamento passaria de 27% (30 vidas) para 61% (1.000 vida Já a quantidade de operadoras com todos os contratos empresariais em agrupamento passaria de 21 para 220 operadoras, de um total de 532 operadora com contratos que sofreram reajuste no ciclo de 2022. Tais alterações podem inviabilizar o modelo de negócios de parcela relevante das operadoras, bem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- II - a data, o percentual do reajuste aplicado ao contrato cole□vo e sua previsão contratual; (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) III - o valor cobrado; e IV - que o reajuste será comunicado à ANS pela internet, por meio de aplica□vo, nos prazos determinados pela Instrução Norma□va nº 13, de 21 de julho de 2006, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, ou em norma que vier a sucedê-la.	Alteração
305896	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Exclusão
305896	- Art. 1º Esta resolução dispõe sobre a classificação dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, e dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e sobre os instrumentos de orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
305896	II - a data e percentual do reajuste aplicado ao contrato coletivo;
305896	
305896	Observação: Preliminarmente, registra-se que o prazo de contribuição para análise da CP 145 foi extremamente exíguo, razão pela qual foi apresentado of solicitação de dilação de prazo, tendo sido posteriormente reiterado.

Protocolo	Justificativa
305896	Trata-se de obrigação adicional de transparência para as OPS que, alegadamente, se prestaria a reduzir assimetrias informacionais. No entanto, o beneficiá já possui acesso às informações contratuais mencionadas por outros meios (e.g., verificando o próprio contrato, entrando em contato com a operadora, utilizando o site ou o aplicativo para consulta etc.). Dessa forma, tais obrigações, em grande parte, são redundantes em relação a outros deveres de informação já exigidos das operadoras. Ou seja: não são capazes de incrementar de forma significativa o nível de informação dos beneficiários. Isso, ao mesmo tempo em que impõem custos financeiros e operacionais relevantes para as OPS. Ou seja: diminui-se a balança de custo-benefício. Esses custos n foram nem identificados, nem considerados na verificação da viabilidade das alterações propostas, em violação ao Decreto nº 10.411/2020.
305896	Solicitamos a exclusão do § 6º do Art. 5º e dos incisos I, II e III, considerando a manifestação da FenaSaúde de exclusão do caput deste artigo que trata d limites de exposição financeira, todas as menções relacionadas, para fins de adequação de texto, devem ser excluídas.
305896	Observação: Preliminarmente, registra-se que o prazo de contribuição para análise da CP 145 foi extremamente exíguo, razão pela qual foi apresentado of com solicitação de dilação de prazo, tendo sido posteriormente reiterado.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305896	

Protocolo	Justificativa
305896	Sugestão de exclusão do inciso III do Art.3º: A proposta não traz elementos objetivos que permitam aferir no que consistiria a “evidência de comercialização ativa e continuada” de planos familiares e individuais para fins de elegibilidade para a revisão técnica. A comercialização, aliás, não é elemento que depende apenas da operadora; é fator que varia também, conforme preferências do mercado. Ademais, a exigência de que a operadora apresente “evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência méd hospitalar” é desproporcional e ilícita. Trata-se de atividade econômica privada (art. 199 da CRFB) e, por isso, as operadoras gozam de liberdades econômic de assento constitucional (arts. 1º, IV, e 170, caput, da CRFB). É pressuposto para a preservação das garantias constitucionais decorrentes dessas liberdad a existência de uma margem de conformação para que os agentes econômicos escolham quais atividades pretendem realizar e de que forma almejam geri-l A interferência da Agência nessas decisões gerenciais demanda justificativa idônea que demonstre a proporcionalidade da medida e a sua conexão com o objetivos regulatórios visados. No caso, entretanto, inexistem, no RAIR, estudos e levantamentos voltados a comprovar a existência de uma relação de causalidade entre a situação de desequilíbrio da operadora e decisões negociais de redução da comercialização de planos individuais. Pelo contrário. A decisão gerencial de priorizar de planos de saúde mais sustentáveis do ponto de vista econômico-financeiro pode decorrer justamente da constatação de qu continuidade da comercialização de certos planos agravaria desequilíbrios causados pela insuficiência dos reajustes aprovados e/ou pela falta de interesse d usuários contratação desses planos, comparativamente a outros. A operadora pode e deve zelar pela sua própria higidez financeira. Isso, inclusive, para evi que desequilíbrios se alastrem, se tornem generalizados e, assim, afetem um universo muito maior de beneficiários, em prejuízo da qualidade e continuidad dos serviços. Importante ressalvar que a ANS possui regramento (RN 518/2022) sobre a adoção de práticas mínimas de governança corporativa para fins d solvência das operadoras de plano de assistência à saúde", prevendo em seu art. 9º que "A gestão de riscos nas operadoras deve ter por objetivo: (...) III promover a garantia do cumprimento da missão da operadora, sua continuidade e sustentabilidade alinhadas aos seus objetivos.")", de modo que deve se concedido à operadora o direito de gerir sua própria carteira, zelando pelos preceitos do referido artigo. Alçar a comercialização continuada desses planos condição para elegibilidade da OPS à revisão técnica é penalizar a OPS (e todos os seus beneficiários) por uma escolha gerencial legítima e lícita da operadora.Importante frisar que a retomada da comercialização de planos individuais ou familiares não resolve o problema de equilíbrio, pois o produto em se mostra insustentável no longo prazo. O que pode acontecer é um subsídio dos novos entrantes para mitigar o desequilíbrio, porém resultando em uma postergação do problema, e não na sua solução. Utilizar estratégias de subsídios se torna uma prática injusta com o beneficiário, pois realiza o reajuste de preço não considerando o perfil da carteira, mas s com o intuito de compensar o déficit da outra, resultando em efeitos indesejados de seleção adversa e redução de oferta para o mercado. Diferente do mutualismo, práticas de subsídio são amplamente conhecidas como contraproducentes no negócio de seguros, com efeitos de atração de beneficiários de maior custo face à uma tarifa média calibrada para uma carteira de menor risco. Ou seja, a população mais jovem que se espera que entre na carteira pod não estar disposta a arcar com o déficit atual (os beneficiários que possuem menor utilização, logo menor risco e consequentemente menor preço, não irã aderir ao plano pra subsidiar os demais beneficiários), resultando em uma baixa adesão de novos beneficiários. Mesmo que esses novos beneficiários aceitassem subsidiar a insuficiência dos atuais, eles mesmo se tornariam um desequilíbrio a ser tratado no futuro. Ou seja, não resolveria o problema, apen

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- “Art. 5º ..... § 1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um profissional de saúde pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário. §2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por profissional de saúde não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista. .....” (NR)	Alteração
305896	- § 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão copar□cipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	§ 1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profis da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário.. § 2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desc assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
305896	§ 3º Os procedimentos, grupos de procedimentos ou eventos em saúde sobre os quais incidirão coparticipação poderão ser elencados no contrato ou disponibilizados na área logada do beneficiário, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em confo com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.

Protocolo	Justificativa
305896	Sugere-se a alteração do § 1º e do § 2º do presente dispositivo. A proposta da FenaSaúde é pela manutenção da redação vigente que confere exclusivame ao médico a prerrogativa de conduzir a entrevista qualificada para preenchimento da declaração de saúde. O propósito da entrevista qualificada é proporcio o correto preenchimento de doenças e lesões preexistentes na declaração de saúde, evitando informações falsas que podem gerar consequências gravíssim para o beneficiário, como a suspensão ou a rescisão do contrato. Daí a previsão de que essa orientação seja feita por um médico – isto é, alguém com expertise suficientemente adequada para compreender todos os aspectos envoltos ao tema. Nesse contexto, a pretensão de ampliar o rol da norma para abarcar todos os profissionais de saúde carece de motivação adequada pela ANS, que não esclareceu de que forma a alteração normativa facilitaria ou incrementaria a acurácia das declarações de saúde. Para além, a proposta viola, em primeiro lugar, a Lei Federal nº 12.842/2013, que estabelece que a atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas é atividade privativa do médico (art. 4º, XIII). Em segundo lugar, além de ilegal, a ampliação proposta é irrazoável, porque incompatível com os pressupostos e com o objetivo da entrevista qualificada. A ampliação da lista de profissionai traz riscos significativos (e não considerados pela ANS na AIR) de aumento na incidência de erros e fraudes no preenchimento das declarações de saúde, que incrementaria os custos das operadoras e, por fim, o custo do próprio seguro. Basta ver que a lista de profissionais de saúde é ampla e abarca profissõ variadas e cuja expertise não tem qualquer relação com o preenchimento de declarações de saúde. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, por intermédio da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, são considerados profissionais de saúde: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeu
305896	Propõe-se a modificação do dispositivo pelos seguintes motivos: a dificuldade em elencar, nos contratos, os procedimentos e eventos de saúde sobre os qu incidirá coparticipação torna tal proposta inadequada, tendo em conta o processo dinâmico de atualização do rol, que mensalmente pode incluir novos procedimentos ou tecnologias. Essa situação resultará em uma onerosidade excessiva para as operadoras, sem que haja comprovação de benefícios, configurando em abuso do poder regulatório. Nesse contexto, sugere-se a disponibilização das informações na área logada do beneficiário/contratante. Ademais, não foi observado no relatório de AIR o mapeamento do impacto operacional e financeiro grave.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 6º A ANS definirá em Instrução Norma□va como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.	Alteração
305896	- § 2º No documento previsto no parágrafo 1º, a informação tratada no inciso III do caput deste ar□go deverá especificar o valor para pagamento do beneficiário e o valor da mensalidade do mês anterior. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
305896	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	Art 6º A operadora poderá aplicar índice de reequilíbrio diferenciados por contrato ou grupo de contratos de forma que o reajuste médio equivalha ao índi equilíbrio necessário, e não poderá ser diferenciado por beneficiário ou por faixa etária, o critério do agrupamento ser detalhado pelo atuário.
305896	§ 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagan beneficiário.
305896	Art.8º Esta Resolução entrará em vigor em 90 dias a contar da data de sua publicação.

Protocolo	Justificativa
305896	O dispositivo evidencia vício grave no devido processo de elaboração normativa da resolução. É que a ANS submeteu à Consulta Pública minuta de resoluç que não regulamenta de forma objetiva nenhum dos elementos básicos da revisão técnica: nem a sua metodologia, nem o seu iter processual, nem os documentos necessários para o seu processamento. Não é possível prever, a partir dos elementos disponíveis no RAIR e na minuta de norma, de que forma revisão técnica poderá ser implementada pela Agência. De nada adianta a criação de ato normativo ineficaz e inespecífico, como proposto no RAIR. Trata-s de conduta contraditória com o próprio objetivo buscado pela edição de resolução a respeito das revisões técnicas, que é o de estabelecer critérios objetivos isonômicos para a aplicação do instituto. A ausência de definição mínima inviabiliza a participação da sociedade para a criação da norma, ao mesmo tempo que abre espaço para que a ANS edite instruções normativas sem prévia análise de impactos regulatórios e diálogo com o setor regulado. O Decreto nº 10.139/2019 foi revogado pelo Decreto nº 12.002/2024, que entrou em vigor em 01/06/2024. Ele dispõe que não cabe mais Instrução Normati para atos de órgãos colegiados, pois passou a ser utilizada apenas para atos editados por uma ou mais autoridades singulares, razão pela qual a ANS menciona na minuta, que a IN virá por meio da DIPRO (autoridade singular), ou seja, não passará pela Diretoria Colegiada. Desta forma, entende-se ser d suma importância que seja dada publicidade aos dispositivos que a Agência menciona virem por meio de instrução normativa, em observância, inclusive a princípio da transparência. Essa prática contribuiria para a elaboração do documento que estabelecerá os procedimentos e padrões relacionados a metodologia de cálculo e como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos acompanhamento do desempenho da carteira, tal abordagem estaria respeitando o princípio da transparência. A ANS deve observar as diretrizes estabelecidas pelo CPA nº 39 do Instituto Brasileiro de Atuária. A metodologia de cálculo é matéria que integra o núcleo principal e estruturante do tema Revisão Técnica, de modo que deveria integrar a própria RN, ainc que por meio de Anexo. Sem previsão da metodologia em Resolução Normativa, não há conhecimento sobre os principais aspectos da Revisão Técnica proposta pela ANS. Desse modo, não é matéria que deva ser regulamentada por meio de Instrução Normativa (IN), pois essa espécie de ato normativo se destina a orientar a execução das normas vigentes pelos agentes públicos, sem inovar (art. 42, VII, da RR nº 21/22). Sem conhecimento sobre a metodolog de cálculo que estruturará a Revisão Técnica proposta, os agentes econômicos têm o seu direito de avaliar, questionar e contribuir por meio dos instrument de participação social cerceados. Traçando um paralelo, os elementos estruturantes da metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais são regulamentados por meio de Resolução Normativa (RN ANS 441/18).
305896	Trata-se de obrigação adicional de transparência para as OPS que, alegadamente, se prestaria a reduzir assimetrias informacionais. No entanto, o beneficia já possui acesso às informações relativas às mensalidades anteriores por outros meios (e.g. entrando em contato com a operadora, utilizando o site ou o aplicativo para consulta etc.). Dessa forma, tais obrigações, em grande parte, são redundantes em relação a outros deveres de informação já exigidos das operadoras. Ou seja: não são capazes de incrementar de forma significativa o nível de informação dos beneficiários. Isso, ao mesmo tempo em que impõe custos financeiros e operacionais relevantes para as OPS. Ou seja: diminui-se a balança de custo-benefício. Esses custos não foram nem identificados, ne considerados na verificação da viabilidade das alterações propostas, em violação ao Decreto nº 10.411/2020(cf. art. 2º, IV).
305896	Considerando a celeridade com que foi realizada a audiência pública 48 – AP 48 referente à Política de Preços e Reajuste, na qual foram abordados simultaneamente quatro temas: 1. Reajuste dos planos coletivos; 2. Mecanismos financeiros; 3. Venda online; e 4. Revisão técnica, bem como, o fato de u semana após a AP 48, ter sido lançada a Tomada Pública de Subsídios 04 referentes à Política de Preços e Reajuste, impossibilitando que a sociedade participasse ativamente das discussões acerca das medidas regulatórias da ANS relacionadas aos tópicos em questão, com um prazo restrito para contribuições de apenas 19 dias corridos, e posteriormente com a publicação da consulta pública 145, que foi iniciada em 19/12/24, onde se estabeleceu período de 45 dias para o envio de contribuições sobre esses quatro temas, não seria razoável aguardar um ano para a vigência da norma.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 1º Os reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e dos planos privados de assistência suplementar à saúde exclusivamente odontológicos, contratados por pessoas □sicas ou jurídicas obedecerão ao disposto nesta Resolução.	Inclusão
305896	- Art. 1º O art. 2º, da Resolução Norma□va nº 413, de 11 de novembro de 2016, passa a vigorar com a seguinte redação:	Alteração
305896	- § 1º A tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverão constar de forma destacada no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em norma□vo específico, no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	Observação: Preliminarmente, registra-se que o prazo de contribuição para análise da CP 145 foi extremamente exíguo, razão pela qual foi apresentado of solicitação de dilação de prazo, tendo sido posteriormente reiterado.
305896	Art. 2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
305896	§ 1º O local de divulgação da tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste artigo, deverão ser inf no contratos, regulamento ou instrumento congênere.

Protocolo	Justificativa
305896	Observação: Preliminarmente, registra-se que o prazo de contribuição para análise da CP 145 foi extremamente exíguo, razão pela qual foi apresentado ofí com solicitação de dilação de prazo, tendo sido posteriormente reiterado.
305896	A AIR e ARR nas quais a proposta de alteração normativa está fundamentada apresenta falhas relevantes. De um lado, a própria ANS admite que não com com informações sobre a evolução da contratação eletrônica desde a edição da RN 413. De outro, a proposta apresentada pelo RAIR é evidentemente deficiente em relação à mensuração dos impactos. Há erros graves de premissa, notadamente a partir da mera percepção de que os canais de venda onlir diminuirão os custos do setor, sem qualquer dimensão empírica que a comprove. A imposição de obrigatoriedade de oferta de planos privados de assistênc à saúde aumentará custos e riscos que não podem ser negligenciados no processo regulatório. Afinal, as OPS que não adotam esse sistema necessitarão contratar infraestrutura, recursos humanos e consultorias de cibernética e proteção de dados para garantir não só o atendimento, mas também a segurança das informações que serão transmitidas pelos novos canais. Além disso, há o incremento potencial de fraudes que recorrentemente acontecem no ambient eletrônico. Daí porque a facultatividade é a melhor opção regulatória: permite que cada OPS avalie, dentro da sua estrutura de custos e riscos, quais os can mais adequados para o seu modelo de negócios. A falta de dimensionamento dos riscos e custos regulatórios trazidos pela proposta é ainda agravada quar se tem em conta que a ANS não considerou os possíveis impactos globais da adoção de todas as alterações regulatórias propostas na CP nº 145 sobre as OPS. Essas alterações, em conjunto, abrangem mudanças significativas em aspectos operacionais das operadoras de planos de saúde e nas metodologias reajuste de preços dos produtos, além da exigência de implementação de novas práticas comerciais. Esses custos, cumulativos, podem gerar dificuldades econômicas significativas ou, até mesmo, inviabilizar economicamente a operação de algumas OPS, mas essa dimensão passou ao largo das análises realizadas no processo normativo. A proposta de tornar a venda on-line obrigatória contraria a Lei nº 13.874/2019, que garante a liberdade econômica e restringe a intervenção estatal. A contratação de planos de saúde exige uma análise detalhada relacionada a rede, prestadores, abrangência, cobertura e condições específicas de cada produto. A comparação entre diversos produtos de operadoras é fundamental para que o beneficiário/contratante possa tom uma decisão consciente e acertada. A venda online sem auxílio técnico pode comprometer essa análise e prejudicar o próprio beneficiário, agravando a assimetria de informação e maximização de potenciais litígios judiciais. Entende-se, portanto, que a venda on line não deve ser obrigatória para serviços de saúde. Contratações eletrônicas podem ocorrer por impulso, podend gerar utilização do serviço e posterior arrependimento com cancelamento da compra. No caso de arrependimento com utilização nos 7 primeiros dias, os valores devidos relacionados a atendimentos realizados serão de difícil recuperação, pois os eventos são notificados às operadoras meses após a utilizaçã Além disso, a prática do direito de arrependimento em serviços de saúde pode levar a comportamentos inadequados e oportunistas, encarecendo os planos afetados por outros custos. Por fim, quanto à possibilidade de contratação sem intermediários aventada na AIR, salientamos as exposições quanto ao possível agravamento da assimet de informação e maximização de potenciais litígios judiciais. A proteção de dados pessoais na venda on-line também é uma preocupação significativa, devid sensibilidade das informações, gerando desafios de conformidade com a LGPD e custos para as operadoras. Desse modo, entende-se que a imposição d venda online viola o Princípio da Legalidade (art. 5º, II, da CRFB), pois não há norma legal neste sentido, sendo tal competência privativa da União em razã de sua matéria, esbarrando na livre iniciativa e liberdade econômica, conforme descrito.
305896	: Sugere-se a alteração para que esteja informado no contrato o local de divulgação da tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido inciso III, ambos do caput deste artigo. Essa medida garante maior transparência e facilita o acesso do beneficiário a informações essenciais para o exercí de seus direitos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais ao agrupamento de contratos descrito n desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupame

Protocolo	Justificativa
305896	Segundo o IBA em seu documento Contribuições Atuariais à AP 48, a simples inclusão de contratos maiores no agrupamento de risco não oferece garantia reajustes inferiores ao histórico atual, especialmente se observarmos que os agrupamentos apresentam massa crítica, de maneira que a adição de mais contratos não traz, estatisticamente, alteração no seu resultado. O efeito adverso seria que os contratos com mobilidade (ausência de carência e CPT) e co necessidade individual de reajuste menor, poderão migrar para outra operadora em busca de preços mais competitivos, prejudicando o coletivo de beneficiários remanescentes. Assim, o agrupamento de até 29 beneficiários passará a subsidiar os contratos sem carência que pertencem ao mesmo agrupamento. Frise-se o conceito de "mutualismo" preconizado pela ANS na AIR, onde o risco e o custo são compartilhados entre indivíduos de um mesm grupo, conceito este que não pode ser confundido com o de "subsídio", quando indivíduos de menor risco (e custo) arcam com os indivíduos de maior risco Desta forma, em se definindo pela ampliação do atual agrupamento, há que se aplicar o mesmo critério de porte de contrato com relação à carência e Cobertura Parcial Temporária, ou definir dois agrupamentos distintos. As alterações propostas pela ANS nas regras de agrupamento de contratos coletivos trazem implicações consideráveis para a sustentabilidade e eficiência do setor de saúde suplementar. A elevação do limite de agrupamento para até 1.000 vidas em contratos empresariais tem potencial de comprometer a eficiência do setor ao uniformizar reajustes para carteiras heterogêneas, intensificando falh de mercado e desincentivando práticas de gestão eficiente dos recursos de saúde e de redução das despesas assistenciais. Essa ampliação pode gerar impactos expressivos no equilíbrio econômico das operadoras, visto que parcela significativa delas contaria apenas com índice único de reajuste para grande número de produtos com perfis heterogêneos. O agrupamento de contratos por adesão e empresariais desconsidera diferenç estruturais relevantes entre os dois segmentos, como perfis etários, sinistralidade e mecanismos de gestão. A uniformização das regras desconsidera ainda variação nos custos assistenciais e administrativos entre contratos de tamanhos e características distintas, o que pode gerar distorções de preços e incentiv a seleção adversa. A proposta, ao unificar regras de reajuste, agrava as falhas de mercado dos planos por adesão, tendo potencial de limitar o acesso à saú suplementar e penalizar produtos mais eficientes. A falta de flexibilidade para segregar perfis de risco pode aumentar a sinistralidade média, comprometend sustentabilidade financeira das operadoras e afetando diretamente sua capacidade de negociação e gestão eficiente das carteiras. Caso aprovadas, as alterações à regra de agrupamento propostas pela ANS comprometem a autonomia das operadoras nas negociações, ignorando particularidade de seus modelos de negócio e restringindo a liberdade na definição de preços na formulação de estratégias competitivas, de modo contrário disposto na Lei da Liberdade Econômica (Art. 4º, inciso IV). O Relatório de AIR afirma que os principais riscos decorrentes das alterações normativas em estudo seriam “um aumento no nível de preços e uma maior discriminação nos preços de contratação”. A despeito dessas constatações, a Agência não fez maiores esforços para explicar o motivo da sua preferência p seguir com alterações regulatórias que podem gerar incremento de preços para os beneficiários. Nem estimou as dimensões que esses aumentos poderia atingir, para fins de verificação dos efeitos sistêmicos potenciais sobre o mercado. Além disso, a ANS desconsidera a complexidade e heterogeneidade qu caracterizam o setor, na medida em que deixa de avaliar se essas alterações propostas poderiam inviabilizar o modelo de negócios de parte das OPS. De acordo com o RAIR, alterando-se os limites atuais, a proporção de beneficiários sujeita a agrupamento passaria de 27% (30 vidas) para 61% (1.000 vida Já a quantidade de operadoras com todos os contratos empresariais em agrupamento passaria de 21 para 220 operadoras, de um total de 532 operadoras com contratos que sofreram reajuste no ciclo de 2022. Tais alterações podem inviabilizar o modelo de negócios de parcela relevante das operadoras, bem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	Proposta de alteração do inciso I do Art. 4º: I - Informar que os beneficiários têm direito à portabilidade de planos individuais ou familiares e ofertá-la quando possuir planos ativos em comercializaç

Protocolo	Justificativa
305896	O relatório da AIR não traz levantamentos (ou mesmo considerações) a respeito dos impactos que tais condicionantes, que representam custos adicionais impostos às operadoras, trariam para a efetividade da revisão técnica. Simplesmente se ignora o fato de que tais imposições incrementariam significativame os ônus financeiros de empresas já em situação de grave desequilíbrio. Tampouco há qualquer justificativa que demonstre a correlação entre a oferta online produtos e a maior efetividade da revisão técnica. Pelo contrário. A implementação de vendas na modalidade on-line demanda custos administrativos e adaptações operacionais, além de incrementar riscos referentes à maior possibilidade de fraudes ou cancelamentos, de um lado, e à gestão de dados sensíveis dos beneficiários pela empresa, de outro. O uso das contrapartidas como meio de buscar fins regulatórios diversos daqueles visados pela revisão técnica implica desvio de finalidade do instituto. A exigência da oferta de planos individuais na modalidade online como contrapartida para a concessão de revisão técnica não parece ser razoável, pois vio os princípios constitucionais da livre iniciativa e da Lei nº 13.874/2019. Além disso, é economicamente insustentável que uma carteira subsidie outra, distorcendo o equilíbrio financeiro do setor. Cada carteira deve garantir sua própria sustentabilidade e cumprir as normas da ANS. Importante salientar que r há previsão legal que determine que as Operadoras comercializem planos individuais, cabendo realçar o disposto no artigo 5º, inciso II da Constituição Fede de 1988. Esse entendimento é reconhecido inclusive na jurisprudência, cabendo citar avaliação do ministro do STJ, de não poder ser considerada ilegal a atitude das operadoras que se negam a comercializar plano individual porque só atuam no segmento de planos coletivos, como se observa no RECURSO ESPECIAL Nº 1.924.526 - PE (2020/0212586-9). Não é ilegal a recusa de operadoras de planos de saúde de comercializarem planos individuais por atuare apenas no segmento de planos coletivos. Não há norma legal obrigando-as a atuar em determinado ramo de plano de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
305896	- I - deverão constar do contrato: (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Minuta de Norma - Reajuste Coletivo - RN 565/2022 alterada (31143141) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	Considerando que não foi disponibilizada possibilidade de contribuição para os incisos II e III, realizaremos as contribuições no referido campo. Proposta de alteração para o inciso II: II- o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice claro e explícito, conforme definido em contrato e divulgado em área logada do contrata Portal da Operadora; Proposta de alteração para o inciso III: III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da c terá por base a proporção entre as despesas assistenciais, provisões e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, ante data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; Proposta de alteração para o inciso IV: IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assisten provisões e as receitas diretas do plano, apuradas conforme regras e períodos determinados em contrato:
305896	Alinea: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice e o pe apuração definidos em contratos; e

Protocolo	Justificativa
305896	JUSTIFICATIVA II: Constata-se a necessidade de modificar o texto para garantir que fique evidente que o índice a ser divulgado é aquele estipulado em contrato, respeitando liberdade contratual e a livre negociação entre as partes. Isso se faz necessário para afastar a concepção de que se trata de um índice genérico de preços uma vez que um índice genérico puro não representa adequadamente a variação dos custos médicos hospitalares, especialmente no que tange à frequênc de utilização. No plano legal o legislador dispõe tão somente que os critérios de reajuste e revisão deverão constar dos contratos de planos de saúde (art. 1 inciso XI, da Lei nº 9.656/98), assegurando a ampla liberdade negocial sobre esse tema. A legislação atribui à ANS apenas a atribuição de "autorizar" e de "homologação" de reajuste (art. 4º, incisos XVII e XVIII, Lei nº 9.961/00), o que, no máximo, lhe permitiria regulamentar o estritamente necessário para possibilitar estes atos, contexto no qual não se insere as alterações propostas no inciso II, pois a redação proposta pela ANS parece limitar a livre negociaç do índice a ser negociado entre as partes. Portanto, a proposta de alteração da redação é importante para trazer a clareza da observância aos princípios legais mencionados, especialmente para afas que o texto dessa norma ultrapasse os limites conferidos pela lei. Tal orientação é confirmada pela Lei de Liberdade Econômica, que enunciou um importan rol de garantias para o exercício da livre iniciativa, o que transfere para o regulador o ônus da argumentação de justificar como e em que medida a adoção medida regulatória preconizada se justifica e não esbarra em uma das circunstâncias que devem ser evitadas segundo a lei. A Lei de liberdade econômica introduziu, ainda, nova disposição ao Código Civil, justamente para conferir maior concretude ao princípio também na seara contratual. O art. 421-A do diplo legal enuncia que "[o]s contratos civis e empresariais presumem-se paritários e simétricos até a presença de elementos concretos que justifiquem o afastamento dessa presunção", garantindo, ainda, que "a alocação de riscos definida pelas partes deve ser respeitada e observada" (inciso II). JUSTIFICATIVA III: Não foram dimensionados na AIR os impactos econômico-financeiros e concorrenciais das alterações propostas sobre o mercado em violação aos deveres motivação qualificada da ANS no processo de elaboração normativa. A proposta é que a ANS não tome como base somente as despesas assistenciais e a receitas, mas também as provisões, que são importantes para compor o sinistro total, o que representa a correta mensuração da sinistralidade. JUSTIFICATIVA IV: Estabelecer uma meta mínima de sinistralidade para todo o mercado de saúde suplementar pode ter efeitos sistêmicos profundos, consideradas as diversa particularidades que influenciam as operações das OPS. A ANS não explica como fatores como as diferenças regionais no Brasil, a diversidade de nichos segmentos de mercado atendidos, as características ocupacionais dos beneficiários, além das variações na remuneração de intermediários e nos custos indiretos, seriam (ou não) adequadamente captados e equacionados pela meta mínima estipulada. Sugere-se a alteração pois, para fins de cálculo da sinistralidade, é importante ressaltar que haverá impacto da variação das provisões técnicas. Consideran
305896	O período de apuração, assim como o índice de reajuste, deve ser definido em contrato, havendo determinação regulatória relacionada ao período de aplicação exclusivamente. Definir o período de apuração a cada 12 meses traz significativo impacto às operadoras, sobretudo na apuração do primeiro reajuste, sem o comprovado benefício regulatório. Ressaltamos que esta previsão não foi considerada na AIR.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
305896	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305896	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantida beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os cont tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento.
305896	

Protocolo	Justificativa
305896	Cada contrato estipulado por administradora de benefícios se vale de condições comerciais especificas (coberturas, canais de venda, condições de carênci preços etc.), ofertando-as às entidades integrantes. Desvincular, portanto, essa massa homogênea no reajuste é impor condição contraditória às bases em q o contrato foi firmado. As alterações à regra de agrupamento propostas pela ANS comprometem a autonomia das operadoras nas negociações, ignorando particularidade de seus modelos de negócio e restringindo a liberdade na definição de preços na formulação de estratégias competitivas, de modo contrário disposto na Lei da Liberdade Econômica (Art. 4º, inciso IV).
305896	Justificativa para exclusão do inciso I do Art.8º: A implementação dessa proposta traria uma complexidade operacional significativa e exigiria que as operadoras autorizassem cada um dos procedimento realizados. Essa tarefa tornaria a gestão do plano de saúde mais burocrática e dificultaria a sua viabilização. A criação de regras adicionais poderia gera confusão e não traria benefícios claros. Vale ressaltar que este dispositivo específico já é objeto de análise em outro artigo, a proposta seria otimizar a redaç da minuta, evitando redundância. Existe uma impossibilidade de prever um valor fixo para atendimento no pronto-socorro que cumpra todos esses requisito considerando que um atendimento poderá ser bem simples e outro mais complexo com custo mais elevado. Fere o princípio da razoabilidade. Estimulará o u do pronto-socorro para situações eletivas, situações em que o beneficiário deveria buscar o médico que o acompanha, sobrecarregando o sistema com provável aumento de preços nos panos coparticipados. A ANS penaliza a operadora quando a frequência de procedimentos no pronto-socorro é superior a determinado percentual. Além disso, existem casos em que há cobrança de coparticipação por pacotes (grupo de procedimentos), uma vez que é uma práti do setor a cobrança neste modelo que é benéfico, pois estimula a realização de procedimentos condizentes com a patologia apresentada pelo segurado, reduzindo fraudes, abusos e maiores custos assistenciais aos contratantes. Ademais, o valor único e fixo está sujeito aos limites do art. 8º, o que pode afetar o equilíbrio contratual, a depender dos custos da internação, podendo at mesmo vir a desnaturar a finalidade do mecanismo financeiro de regulação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
305896	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Exclusão
305896	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305896	
305896	
305896	

Protocolo	Justificativa
305896	Sugere-se a exclusão do parágrafo único do Art. 2º, pois na AIR e ARR nas quais a proposta de alteração normativa está fundamentada apresenta falhas relevantes. De um lado, a própria ANS admite que não conta com informações sobre a evolução da contratação eletrônica desde a edição da RN 413. De outro, a proposta apresentada pelo RAIR é evidentemente deficiente em relação à mensuração dos impactos. Há erros graves de premissa, notadamente partir da mera percepção de que os canais de venda online diminuirão os custos do setor, sem qualquer dimensão empírica que a comprove. A imposição d obrigatoriedade de oferta de planos privados de assistência à saúde aumentará custos e riscos que não podem ser negligenciados no processo regulatório Afinal, as OPS que não adotam esse sistema necessitarão contratar infraestrutura, recursos humanos e consultorias de cibernética e proteção de dados pa garantir não só o atendimento, mas também a segurança das informações que serão transmitidas pelos novos canais. Além disso, há o incremento potenci de fraudes que recorrentemente acontecem no ambiente eletrônico. Daí porque a facultatividade é a melhor opção regulatória: permite que cada OPS avali dentro da sua estrutura de custos e riscos, quais os canais mais adequados para o seu modelo de negócios. A falta de dimensionamento dos riscos e custo regulatórios trazidos pela proposta é ainda agravada quando se tem em conta que a ANS não considerou os possíveis impactos globais da adoção de todas alterações regulatórias propostas na CP nº 145 sobre as OPS. Essas alterações, em conjunto, abrangem mudanças significativas em aspectos operacionais das operadoras de planos de saúde e nas metodologias de reajuste de preços dos produtos, além da exigência de implementação de novas práticas comerciais. Esses custos, cumulativos, podem gerar dificuldades econômicas significativas ou, até mesmo, inviabilizar economicamente a operação de algumas OPS, mas essa dimensão passou ao largo das análises realizadas no processo normativo. A proposta de tornar a venda on-line obrigatória contraria a Lei nº 13.874/2019, que garante a liberdade econômica e restringe a intervenção estatal. A contratação de planos de saúde exige uma análise detalhada relacionada a rede, prestadores, abrangência, cobertura e condições específicas de cada produto. A comparação entre diversos produtos de operadoras é fundamental para que o beneficiário/contratante possa tomar uma decisão consciente e acertada. A venda online sem auxílio técnico pode comprometer essa análise e prejudicar o próprio beneficiário, agravando a assimetria de informação e maximização de potenciais litígios judiciais. Entende-se, portanto, que a venda on line não deve ser obrigatória para serviços de saúde. Contratações eletrônicas podem ocorrer por impulso, podendo gerar utilização do serviço e posterior arrependimento com cancelamento da compra. No caso de arrependimento com utilização nos 7 primeiros dias, os valores devidos relacionados a atendimentos realizados serão de difícil recuperação, pois os eventos são notificados às operadoras meses após a utilizaçã Além disso, a prática do direito de arrependimento em serviços de saúde pode levar a comportamentos inadequados e oportunistas, encarecendo os planos afetados por outros custos. Por fim, quanto à possibilidade de contratação sem intermediários aventada na AIR, salientamos as exposições quanto ao possível agravamento da assimet de informação e maximização de potenciais litígios judiciais. A proteção de dados pessoais na venda on-line também é uma preocupação significativa, devid sensibilidade das informações, gerando desafios de conformidade com a LGPD e custos para as operadoras. Desse modo, entende-se que a imposição d venda online viola o Princípio da Legalidade (art. 5º, II, da CRFB), pois não há norma legal neste sentido, sendo tal competência privativa da União em razã
305896	Considerando a manifestação da FenaSaúde de exclusão do caput deste artigo que trata dos limites de exposição financeira, todas as menções relacionada para fins de adequação de texto, devem ser excluídas. Deve-se considerar, ainda, que a redação proposta incentiva o aumento do risco moral e comportamentos oportunistas gerando aumento de preço como informado pela própria ANS no relatório de AIR e retirando do mercado uma opção de preç mais acessível aos beneficiários.
305896	Considerando a manifestação da FenaSaúde de exclusão do caput deste artigo que trata dos limites de exposição financeira, todas as menções relacionada para fins de adequação de texto, devem ser excluídas. Deve-se considerar, ainda, que a imposição de limites e isenções, sem uma análise aprofundada d impacto financeiro sobre as operadoras, pode resultar em um aumento significativo dos preços dos planos de saúde. Essa medida pode inviabilizar o acess de parte da população à saúde suplementar, sobrecarregando o sistema público de saúde e incentivando a contratação de planos mais básicos e com men cobertura.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 17-A O descumprimento do disposto nesta Resolução implicará nas sanções previstas em norma□vos da ANS. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305896	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Exclusão
305896	- Art. 2º A Resolução Norma□va nº 413, de 11 de novembro de 2016, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo: “Art. 17-A O descumprimento do disposto nesta Resolução implicará nas sanções previstas em norma□vos da ANS.”	Exclusão
305896	- Art. 32. Os boletos e faturas de cobrança com a primeira parcela reajustada dos planos cole□vos, deverão conter as seguintes informações: I - o nome do produto, o número do registro do produto na ANS ou o código de iden□ficação no Sistema de Cadastro de Planos Antigos, e o número do contrato ou da apólice;	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	
305896	
305896	
305896	ALTERAÇÃO DO INCISO: IV - que o reajuste será comunicado à ANS pela internet, por meio de aplicativo, nos prazos determinados pela Instrução Norma 29/22

Protocolo	Justificativa
305896	Sugere-se a exclusão do Art.17 A considerando que a proposta da FenaSaúde é de excluir a obrigatoriedade da venda online, entende-se que o referido dispositivo também deve ser excluído, tendo em vista que a facultatividade exime a aplicação de sanções. De todo modo, considera-se indispensável o conhecimento prévio das sanções aplicáveis na norma criadora da obrigação, para que o setor regulado possa avaliar os possíveis impactos, a razoabilidade a proporcionalidade.
305896	Sugere-se a exclusão do II do Art.8º: Conforme se depreende do RAIR, o objetivo é impedir “cobranças desproporcionais e não [comprometer] a capacidade de pagamento dos beneficiários.” Ocorre que a imposição do valor fixo e único e do limite mensal podem ter um efeito inverso, de modo que a contraprestação pecuniária mensal desses plar será inevitavelmente majorada para que se mantenha a sustentabilidade econômico-financeira do plano. Ademais, considerando que este tema já foi amplamente discutido em outros artigos e que existe um artigo estabelecendo que estabelece os limites, a repetição deste assunto neste inciso seria redundante.
305896	Sugere-se a exclusão do Art.17 A, considerando que a proposta da FenaSaúde é de excluir a obrigatoriedade da venda online, entende-se que o referido dispositivo também deve ser excluído, tendo em vista que a facultatividade exime a aplicação de sanções. De todo modo, considera-se indispensável o conhecimento prévio das sanções aplicáveis na norma criadora da obrigação, para que o setor regulado possa avaliar os possíveis impactos, a razoabilidade a proporcionalidade.
305896	Adequação de texto para substituir a IN 13, de 2006 pela IN 29, de 2022, conforme atualização normativa da própria ANS.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305896	

Protocolo	Justificativa
305896	JUSTIFICATIVA § 1º: Sugere-se a exclusão do parágrafo primeiro, pois a proposta apresentada, ao impor restrições à liberdade contratual das partes, colide com princípios basila do direito civil. A imposição de que a rescisão de contratos de planos de saúde coletivos ocorra exclusivamente na data de aniversário do contrato, salvo en casos de ilegitimidade ou inadimplência, restringe indevidamente a autonomia das partes e viola os princípios da liberdade contratual e da força obrigatória d contratos. Além disso, importante considerar a sistemática de negociação anual dos reajustes, que, em especial nos casos de grandes contratos, pode acab atrasando a aplicação de reajustes, lógica essa amplamente conhecida pela ANS em razão das informações enviadas via RPC - interferir nessa dinâmica se qualquer amparo técnico apresentado em estudo fere o princípio da liberdade econômica e influência de forma prejudicial a dinâmica comercial de negociaç entre as partes. Ademais, a imposição de um prazo fixo para a rescisão, é desarrazoável. Por fim, a possibilidade de rescisão imediata em casos de fraude fundamental para garantir a segurança jurídica e a equidade nas relações contratuais, evitando que a operadora seja prejudicada por condutas ilícitas. O legislador apenas impôs condições para a rescisão unilateral de planos individuais (conforme o art. 13 da LPS). Não o fez para planos coletivos, na medi em que a relação contratual se forma entre duas pessoas jurídicas, e não diretamente entre operadora e beneficiário. É essa a orientação legal que respalda edição do art. 17 da RN nº 195/2009, substituído pelo art. 23 da RN nº 557/2022, e que ora se propõe alterar. A atual redação do art. 23 da RN nº 557 está e conformidade com o regime aplicável aos contratos coletivos empresariais previsto na LPS, que privilegia a autonomia privada (art. 421 e 421-A, CC) com respaldo na Constituição (art. 1º, IV e art. 170, caput). A proposta de alteração dessa norma distorce a clareza e a rateio da LPS para inserir condições nã previstas no texto legal e que, na prática, desnaturariam a lógica dos planos coletivos. Indo além, ao impedir que as OPS promovam a rescisão imediata en casos de fraude, a minuta de resolução normativa contraria (i) a sistemática da Lei nº 9.656/1998, que não impõe tamanha restrição nem mesmo aos contra de planos individuais ou familiares, submetidos a regulação mais rigorosa por sua natureza; e (ii) o princípio do nemo auditur propriam turpitudinem allegan corolário da boa-fé objetiva (art. 422 do Código Civil), segundo o qual a ninguém é dado beneficiar-se da própria torpeza. JUSTIFICATIVA § 2º: Sugere-se a exclusão do parágrafo segundo, pois a proposta apresentada contraria a teoria da onerosidade excessiva (art. 478 a 480 do Código Civil), impondo às operadoras um custo excessivo em caso de inadimplência, especialmente diante de fatos supervenientes. Essa situação gera um desequilíbri contratual e pode levar à inviabilização da prestação dos serviços, prejudicando tanto as operadoras quanto os beneficiários. Ademais, é fundamental ressal que o relatório de Análise de Impacto Regulatório (AIR) não apresenta os estudos técnicos necessários para fundamentar a proposta apresentada. A ausên de dados e análises robustas impede uma avaliação adequada dos impactos da medida. Além disso a RN 593 já prevê as regras de comunicação em caso inadimplência. Os efeitos potenciais de se obrigar as OPS a arcarem com contratações mesmo em casos de fraude e inadimplência não foram dimensionados, sendo cer que uma das consequências possíveis é o encarecimento dos planos, em prejuízo dos beneficiários que a ANS quer tutelar.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305896	

Protocolo	Justificativa
305896	Justificativa para a exclusão do inciso III do Art.4º: Não se comprovam, na AIR, quaisquer benefícios à revisão técnica decorrentes do cumprimento dessas contrapartidas. Em especial, quanto à exigência de comercialização continuada de planos individuais ou familiares, não há estudos ou parâmetros que justifiquem a imposição dessa condicionante e, tampouco pelo prazo de três anos. Nesse cenário, a contrapartida de ofertar planos individuais ou familiares três anos, além de representar verdadeira substituição de decisão negocial da operadora pelas preferências da ANS, pode resultar na inefetividade da revis técnica, na medida em que impõe a manutenção de contratos sabidamente onerosos às operadoras, o que pode replicar e agravar justamente o desequilíbr que se quer mitigar. Os riscos são de que a revisão técnica, tal como proposta pela Agência, paradoxalmente, agrave o cenário de crise que busca mitigar, medida em que impõe custos adicionais incompatíveis com o instituto. Ao condicionar a concessão de revisões técnicas à comercialização de planos individuais, restringe a liberdade econômica da operadora, sem amparo em l em sentido estrito, ofendendo a autonomia do ente privado na escolha da estratégia comercial que melhor atenda aos seus interesses na exploração da atividade econômica. A revisão técnica, enquanto instrumento destinado a corrigir desequilíbrios constatados nos planos de saúde, prevenindo a ameaça à continuidade da assistência aos beneficiários, mediante reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias, justifica a implementação de ajust técnicos pontuais na carteira afetada, no mínimo necessário, em atenção aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, e não uma intervenção direta política de comercialização, núcleo essencial da liberdade econômica. Reafirma-se que a retomada da comercialização de planos individuais ou familiares não resolve o problema de equilíbrio, pois o produto em si se mostra insustentável no longo prazo. O que pode acontecer é um subsídio dos novos entrantes para mitigar o desequilíbrio, porém resultando em uma postergação problema, e não na sua solução. Utilizar estratégias de subsídios se torna uma prática injusta com o beneficiário, pois realiza o reajuste de preço não considerando o perfil da carteira, mas s com o intuito de compensar o déficit da outra, resultando em efeitos indesejados de seleção adversa e redução de oferta para o mercado. Diferente do mutualismo, práticas de subsídio são amplamente conhecidas como contraproducentes no negócio de seguros, com efeitos de atração de beneficiários de maior custo face a uma tarifa média calibrada para uma carteira de menor risco. Ou seja, a população mais jovem que se espera que entre na carteira pod não estar disposta a arcar com o déficit atual (os beneficiários que possuem menor utilização, logo menor risco e consequentemente menor preço, não irã aderir ao plano para subsidiar os demais beneficiários), resultando em uma baixa adesão de novos beneficiários. Mesmo que esses novos beneficiários aceitassem subsidiar a insuficiência dos atuais, eles mesmo se tornariam um desequilíbrio a ser tratado no futuro. O seja, não resolveria o problema, apenas o postergaria. Quanto ao prazo, a ANS não apresenta embasamento técnico que justifique os três anos. O relatório AIR não apresenta estudo elaborado, com razoabilidade e transparência para se chegar aos três anos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- § 1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um profissional de saúde pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário. (Redação dada pela Resolução Normativa nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	§ 1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profis da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Protocolo	Justificativa
305896	A proposta da FenaSaúde é pela manutenção da redação vigente que confere exclusivamente ao médico a prerrogativa de conduzir a entrevista qualificad para preenchimento da declaração de saúde. O propósito da entrevista qualificada é proporcionar o correto preenchimento de doenças e lesões preexistentes na declaração de saúde, evitando informaçõ falsas que podem gerar consequências gravíssimas para o beneficiário, como a suspensão ou a rescisão do contrato. Daí a previsão de que essa orientaçã seja feita por um médico – isto é, alguém com expertise suficientemente adequada para compreender todos os aspectos envoltos ao tema. Nesse contexto, pretensão de ampliar o rol da norma para abarcar todos os profissionais de saúde carece de motivação adequada pela ANS, que não esclareceu de que forn a alteração normativa facilitaria ou incrementaria a acurácia das declarações de saúde. Para além, a proposta viola, em primeiro lugar, a Lei Federal nº 12.842/2013, que estabelece que a atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas é atividade privativa do médico (art. 4º, XIII). E segundo lugar, além de ilegal, a ampliação proposta é irrazoável, porque incompatível com os pressupostos e com o objetivo da entrevista qualificada. A ampliação da lista de profissionais traz riscos significativos (e não considerados pela ANS na AIR) de aumento na incidência de erros e fraudes no preenchimento das declarações de saúde, o que incrementaria os custos das operadoras e, por fim, o custo do próprio seguro. Basta ver que a lista de profissionais de saúde é ampla e abarca profissões variadas e cuja expertise não tem qualquer relação com o preenchimento de declarações de saúde. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, por intermédio da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, são considerados profissionais de saúde: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração
305896	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
305896	- Art. 2º São espécies de Mecanismos Financeiros de Regulação: I - coparticipação; e II - franquia.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	Texto proposto para o inciso I do Art. 3º: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros da carteira de planos individuais ou familiares ou em agrupamento de planos individu operadora;
305896	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de referência de remuneração praticados entre a operador planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.
305896	Proposta de alteração do caput do Art. 2º: Art. 2º: Para fins desta norma entendem-se como Mecanismos Financeiros de Regulação os meios ou recursos técnicos utilizados pelas operadoras de p privados de assistência para o gerenciamento da prestação de ações e serviços de saúde, bem como incentivar o seu uso consciente no mercado de Sa Suplementar. São eles:

Protocolo	Justificativa
305896	Ao restringir a revisão técnica às hipóteses de insustentabilidade da própria operadora (e não da sua carteira), a Agência maximiza os riscos (e potenciais prejuízos) dos beneficiários dos planos e conduz o mercado à efetiva insolvência. Ao invés de manejar a revisão técnica para evitar o alastramento do desequilíbrio e reduzir o número de carteiras e beneficiários afetados pelo problema, a ANS adotou lógica inversa. Para além, não se sabe como a ANS pretende avaliar o desequilíbrio em questão, nem quais os parâmetros para se dizer que haveria ameaça à solvência da empresa. Nada há, nem no RAIR, n na minuta da norma, a respeito da forma pela qual a ANS avaliaria o cumprimento desses requisitos. São conceitos amplos que, sem maiores detalhamento não oferecem segurança jurídica ou parâmetros para a aplicação isonômica do instituto. Ademais a ANS já possui a prerrogativa da Direção Fiscal, que é instrumento regulatório previsto em Lei (art. 24, Lei 9.656/98; art. 4º, XXXIII, Lei nº 9.961/00) e regulamentado pela própria Agência (RN 522/22), que tem como finalidade socorrer operadoras que apresentem desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem a sua solvência, de modo que não se justifica a imposição desse critério de elegibilidade para acesso ao instrumento da Revisão Técnica, que deveria anteceder o uso de instrumento regulatório mais seve prevenindo a incursão neste último. A concessão da revisão técnica não deve estar condicionada à comprovação de um desequilíbrio em toda a operação da operadora, mas sim à demonstraç de desequilíbrio de determinada carteira ou grupo de planos. Ajustes necessários sobre o desequilíbrio financeiro dos Planos Individuais condicionado à solvência da operadora estar ameaçada pode ser uma medida muito tardia para que a operadora se recupere tanto reputacional como financeiramente. De se considerar que, uma operadora em dificuldades financeiras pode reduzir a qualidade dos serviços e atendimento prestados aos beneficiários. A solicitaç de revisão técnica nos termos propostos pela ANS na minuta, será uma confissão pública de problemas financeiros gravíssimos por parte da operadora, qu não possui capacidade de cumprir suas obrigações financeiras e lhe imputa danos e consequências irreparáveis. Adicionalmente, quando uma operadora se aproxima da insolvência, é comum que a receita reduza em função do dano reputacional, e consequente reduçã da capacidade de atrair novos contatos. O impacto reputacional é uma consequência direta dessa situação financeira, onde notícias na mídia sobre prejuízo dificuldades financeiras e possíveis insolvências afetarão negativamente a percepção pública sobre a operadora, com o consequente cancelamento de contratos e agravamento de sua situação, aí sim culminando em sua insolvência, acarretando na "realização da profecia". Por fim, a falta de reajustes adequados para os planos individuais força subsídios nos planos coletivos. No entanto, com as novas restrições também aplicadas aos coletivos pela CP n 145, essa estratégia pode acelerar a insolvência da operadora.
305896	A proposta de alteração tem como objetivo garantir que a tabela de valores divulgada nos instrumentos regulamentados funcione como uma referência, preservando, contudo, a esfera privada das negociações de valores entre as partes envolvidas, caso a caso.
305896	Diante da ausência de uma definição clara para Mecanismos Financeiros de Regulação na Consu 08, consideramos fundamental que a ANS estabeleça qu esses mecanismos têm como objetivo principal promover o uso consciente dos serviços de saúde, por meio da implementação de fatores moderadores, em observância ao princípio da transparência.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- § 2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por profissional de saúde não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista. (Redação dada pela Resolução Normativa nº XX, de 20XX)	Alteração
305896	- Art. 1º O art. 2º, da Resolução Norma□va nº 413, de 11 de novembro de 2016, passa a vigorar com a seguinte redação:	Inclusão
305896	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
305896	- § 2º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, até o 30º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma. § 3º Após o 31º dia de internação, consecu□vos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar copar□cipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.	Alteração
305896	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	§ 2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desc assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
305896	Preliminarmente, registra-se que o prazo de contribuição para analise da CP 145 foi extramente exiguo, razão pela qual foi apresentado oficio com solicita dilação de prazo, tendo sido posteriormente reiterado.
305896	§ 4º O reajuste dos valores contidos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste a deverá estar previsto no instrumento contratual celebrado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e os contratantes.
305896	§ 2º Nos casos de internações psiquiátricas, independentemente do produto conter o fator moderador de coparticipação e havendo previsão contratual, até c de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma.
305896	Proposta de alteração do inciso V do Art.6º: V - os valores monetários fixos referentes aos atendimentos realizados em regime de internação, conforme previsão do art. 8º desta Resolução Normat

Protocolo	Justificativa
305896	A proposta da FenaSaúde é pela manutenção da redação vigente que confere exclusivamente ao médico a prerrogativa de conduzir a entrevista qualificad para preenchimento da declaração de saúde. O propósito da entrevista qualificada é proporcionar o correto preenchimento de doenças e lesões preexistentes na declaração de saúde, evitando informaçõ falsas que podem gerar consequências gravíssimas para o beneficiário, como a suspensão ou a rescisão do contrato. Daí a previsão de que essa orientaçã seja feita por um médico – isto é, alguém com expertise suficientemente adequada para compreender todos os aspectos envoltos ao tema. Nesse contexto, pretensão de ampliar o rol da norma para abarcar todos os profissionais de saúde carece de motivação adequada pela ANS, que não esclareceu de que form a alteração normativa facilitaria ou incrementaria a acurácia das declarações de saúde. Para além, a proposta viola, em primeiro lugar, a Lei Federal nº 12.842/2013, que estabelece que a atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas é atividade privativa do médico (art. 4º, XIII). E segundo lugar, além de ilegal, a ampliação proposta é irrazoável, porque incompatível com os pressupostos e com o objetivo da entrevista qualificada. A ampliação da lista de profissionais traz riscos significativos (e não considerados pela ANS na AIR) de aumento na incidência de erros e fraudes no preenchimento das declarações de saúde, o que incrementaria os custos das operadoras e, por fim, o custo do próprio seguro. Basta ver que a lista de profissionais de saúde é ampla e abarca profissões variadas e cuja expertise não tem qualquer relação com o preenchimento de declarações de saúde. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, por intermédio da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, são considerados profissionais de saúde: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas.
305896	Preliminarmente, registra-se que o prazo de contribuição para analise da CP 145 foi extramente exiguo, razão pela qual foi apresentado oficio com solicitaç de dilação de prazo, tendo sido posteriormente reiterado.
305896	Entende-se que o reajuste dos valores da tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, deverão estar previstc no instrumento contratual celebrado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e os contratantes. Não se mostra viável aplicar o reajust concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, haja vista que com cada prestad haverá uma negociação.
305896	Considerando que atualmente não há norma que determine a obrigatoriedade de registro de produto com fator moderador para que seja cobrada a coparticipação em casos de internações psiquiátricas, preza-se pela segurança jurídica e pela manutenção do referido entendimento, bem como pela possibilidade de a cobrança da coparticipação ser em percentual nos primeiros 30 dias de internação, visando sempre o fomento a desospitalização.
305896	Justificativa de alteração do inciso V do Art.6º: Considerando a manifestação da FenaSaúde de exclusão do artigo 5º que trata dos limites de exposição financeira, todas as menções relacionadas, para fins de adequação de texto, devem ser excluídas. A cobrança por internação pode desestimular o uso adequado do pronto-socorro, levando à busca por atendimentos ambulatoriais em situações que demandam atendimento de urgência e emergência. Existe pacotes de pronto-socorro, garantindo que os beneficiários tenham acesso a serviços de qualidade, independentemente do prestador escolhido. Além disso necessário encontrar um equilíbrio entre a necessidade de garantir a sustentabilidade do sistema e a garantia do acesso aos serviços de saúde para os beneficiários.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras
305896	2025-02-07 14:55:42	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305896	- Art. 9º A copar□cipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde; II - percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e III - valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a □tulo de coparticipação.	Alteração
305896	- § 1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, mesmo que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de copar□cipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.	Exclusão
305896	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
305896	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305896	Proposta de alteração do inciso I do Art.9º: I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efetivamente pago pela operadora de planos privad assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou ao beneficiário, nos casos de reembolso, conforme definido em contrato.
305896	
305896	
305896	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e even saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
305896	Considerando que a própria ANS permite a cobrança de copartipação , nos termos da RN 566/2022 que dispõe sobre a garantia de atendimento, entende-que a normativa de mecanismos de regulação financeira deve observar as regras de atendimento, deixando explicita a possibilidade de dedução de valores título de coparticipação, na hipótese de reembolso. Importante destacar, adicionalmente, que os casos de reembolso tem sido objeto de fraudes frequentes como já amplamente divulgado pela mídia.
305896	Considerando a manifestação da FenaSaúde de exclusão do caput deste artigo que trata dos limites de exposição financeira, todas as menções relacionada para fins de adequação de texto devem ser excluídas.
305896	A sugestão de exclusão deste item se justifica, uma vez que contraria o princípio da segurança jurídica, fundamental para garantir a estabilidade e a previsibilidade nas relações jurídicas. Dado um limite orçamentário, por que não transferir essa questão para o mês subsequente, considerando que o valor questão foi excedido? É necessário ponderar algumas variáveis, como: e se toda a utilização do beneficiário ocorrer no último mês do período anual de vigência? O beneficiário poderá optar por realizar todos os procedimentos em um único mês? Compreendemos que este parágrafo, além de prejudicar as operadoras ao inviabilizar qualquer tipo de cálculo, incentiva um comportamento oportunista. Além disso, observa-se o aumento do risco moral e incentivo comportamentos oportunistas gerando aumento de preço como informado pela própria ANS no relatório de AIR e retirando do mercado uma opção de preç mais acessível aos beneficiários.
305896	A aplicação de mecanismos financeiros de regulação em planos de saúde é estratégia comum no setor, devido às características intrínsecas à atividade d seguros. Dada a racionalização do consumo, o compartilhamento parcial das despesas médicas com os beneficiários, e o consequente aumento da eficiênc operacional do setor, planos com mecanismos financeiros de regulação tem como principal característica o fato de terem menores despesas, o que se refle em benefícios ao consumidor em termos de menores mensalidades (valor comercial médio, ou variação de custo). Planos com fatores moderadores apresentam variação de custo significativamente menor, fator que contribui para a atratividade de modalidades com coparticipação no mercado. O conjunto de limitações proposto pela ANS implica na diminuição da racionalização do consumo de serviços médicos, decorrente da redução do número d procedimentos de caráter eletivo em que incide fator moderador, bem como na diminuição do compartilhamento de custos com os beneficiários no período uso mais intensivo do plano. Este efeito decorre da ação conjunta das três restrições propostas. Como consequência destas alterações propostas pela ANS, planos com fator moderador tendem a se tornar mais onerosos, refletindo no aumento de suas mensalidades. Este movimento aproximaria os produtos com mecanismos financeiros de regulação àqueles sem mecanismos de regulação e, como consequência última, excluiria do mercado a oferta de planos de saú com mensalidades inferiores, prejudicando a existência de um modelo de negócios. Ademais, no próprio RAIR a ANS não apresenta estudo que justifique o 30% de coparticipação, sendo importante mencionar que na manifestação em tempo de Tomada Publica de Subsídios, os institutos de defesa do consumid corroboram a aceitação de percentual de coparticipação entre 30% e 50%, garantindo preços mais acessíveis

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306330	2025-02-07 14:56:43	Consultoria
306339	2025-02-07 14:57:59	Consultoria
306344	2025-02-07 15:03:30	Empresa/indústria
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306330	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306339	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306344	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305846	- Art. 40. Para os efeitos desta Resolução, a quan□dade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no § 1º deste artigo.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306330	
306339	
306344	
305846	

Protocolo	Justificativa
306330	Prezados, boa tarde ! O motivo da exclusão é devido o engessamento do serviço prestado. As corretoras podem oferecer uma variedade de planos de diferentes operadoras, permitindo que os clientes escolham a opção que melhor se adapta às suas necessidades e orçamento. Isso promove uma comparação justa e transparen entre diferentes produtos. O corretor têm a capacidade de entender as necessidades específicas de cada cliente e oferecer soluções personalizadas. Isso pode resultar em um atendimento mais humanizado e eficaz, ajudando o cliente a encontrar o plano ideal. Ao representar várias operadoras, a corretora pode agir de forma mai neutra e imparcial, evitando conflitos de interesse que poderiam surgir se estivesse vinculada a uma única operadora. O mercado de saúde é dinâmico, com constantes mudanças nas ofertas e regulamentações. Corretoras têm a responsabilidade de se manter atualizadas sobre as melhores opções disponíveis, garantindo que seus clientes tenham acesso às informações mais recentes.
306339	Sou contra essa normativa, pois ira prejudicar muitas pessoas que sobrevive e sustetam familias com o trabalho de vendas online.
306344	Na condição de intermediador de vendas de planos de saúde, sei das particularidades, excusivisades e poréns do mercado. Esses que influenciam diretame na usabilidade e experiência do produto. Excluir a possibilidade de um intermediador capacitado na negociação de planos privados de assistência à saúde implica diretamente no aumento do risco do mau uso do produto e da má experiência pelos contratantes. Considerando isso, acredito que será um retroces para o mercado o artigo em questão.
305846	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade d existência da administradora de benefícios.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305846	

Protocolo	Justificativa
305846	Inciso II: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece q haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposiç financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravare suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios ac seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de pert utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ain pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequênc ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médica de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48% equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiame do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de plano coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que deve ser estabelecido o limite d valor de 1 mensalidade/mês.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
305846	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
305846	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305846	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz
305846	
305846	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas. § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento.

Protocolo	Justificativa
305846	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto socorro. Ao contrário do que const no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesm SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele qu será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
305846	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operado comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajuste não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.
305846	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Siste Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento d 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados e reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo d vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquan pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Exclusão
305846	- II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305846	
305846	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)

Protocolo	Justificativa
305846	Inciso VI: Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além promover uma indexação do seto r . Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberdade econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima de 25%, sendo 85% de pequeno porte, 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero ou negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tã expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesas não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade me de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. E patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) ond sinistralidade meta corresponde a (1 – C), sendo “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cada operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabeleci na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistenci diferente uma da outra. Deste modo, não deve ser previamente estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de uma sinistralidade meta mínin não se justifica. Tal medida limitaria a liberdade econômica das operadoras, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas.
305846	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representar apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada a pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior por adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empres que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenç dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração
305846	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305846	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perc sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%..
305846	

Protocolo	Justificativa
305846	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 1(milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratique valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, um vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem defin trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativa Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido d 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no núm de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica partir do 31º dia, portanto, a proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haver efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiári funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.
305846	Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, p meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formaç inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operador torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. H um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, regia com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos vi princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigor contratos em que as contraprestações n são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que se possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
305846	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Exclusão
305846	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305846	
305846	
305846	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz

Protocolo	Justificativa
305846	Parágrafo Único: Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o at jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes deven ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca -se ainda que , o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam ur reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo -se as características do produto.
305846	V- b) No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saúd nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve -se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operado
305846	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto socorro. Ao contrário do que const no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só c as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
305846	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305846	
305846	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Protocolo	Justificativa
305846	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo levar a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade prestação dos serviços assistenciais.
305846	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência qu ANS não deveria interferir. Em casos excepcionais como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratante, ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo de 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez que operadora terá que esperar dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando a liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situações alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Exclusão
305846	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
305846	
305846	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
305846	Inciso V: Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todo que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico - financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saú As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende exis nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico - financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, do reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre custos com a assistência médica e as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operador ajustarem os valores cobrados dos beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por sua vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com inflação, cumprindo o princípio atuarial da “preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)”. Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizaçõ no Rol de Procedimentos e a introdução de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolher entre ajustar os preços com base na inflação geral ou com base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. A se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessária correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índi de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulaçã de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada ou de variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contratos bem como elitiza ainda mais o valor da mensalidade do plano de saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa suprir, além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais e outros fornecedores da operadora, os impactos das novas coberturas decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos que são aprovadas durante a execução dos contratos, portanto, não precificadas, que de fato não constam no histórico de utilização presen ou passada, mas que farão parte do custo futuro do contrato. O índice financeiro é uma forma de aplicação simplificada do que chamamos de visão prospectiva, ainda que utilizarmos para essa finalidade, não é, na maioria das vezes, suficiente para suprir os incrementos de custos para o próximo períod quando de fato utilizaremos os valores reajustado das contraprestações.
305846	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais assert é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tip de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305846	

Protocolo	Justificativa
305846	Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrante do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/24, muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério d elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemente superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivo acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo d regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da propo apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico financeiros que ameacem sua solvência), sinistralidade do tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão mais elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhum dos períodos, pois a maior sinistralidade est em 83%. Isso ocorre em decorrência do financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnic já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a oferta desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos. Se manter critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operado apresentará. Ademais é importante destacar que, às Agências Reguladoras, não é permitida a criação de leis ou mesmo a inovação daquilo que o legislad definiu. Nesse sentido, veja que art. 4º, XVII, da Lei nº 9961/2000 e o art. 16, XI, da Lei nº 9.656/98, estabelecem a viabilidade de revisão técnica, entretant não inclui requisitos dos quais a norma pretende criar. Portanto, a inclusão dos critérios de elegibilidade/contrapartidas trata-se de uma inovação legal e va além do que o legislador pretendeu ao dispor do tema conforme referidos dispositivos. Aliás, no que tange à demonstração de desequilíbrio da carteira de planos individuais, já que a ANS entende a meta de sinistralidade de 75% é suficiente para fins de cálculo do reajuste do plano coletivo, entende-se que o mesmo indicador poderia ser um parâmetro para concessão da revisão técnica nos planos individuais. Ou seja, ultrapassada essa meta, seria possível a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
305846	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão
305846	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
305846	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat
305846	
305846	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Protocolo	Justificativa
305846	É fundamental que o Instrumento de Revisão Técnica também considere os “planos não regulamentados”. É sabido pelo Órgão Regulador que muitas Operadoras de Planos de Saúde ainda gerenciam o risco de subscrição de mútuos com tais características, desbravando desafios como a insuficiência de receita de contraprestação, o envelhecimento populacional da massa segurada e o consequente aumento dos custos assistenciais. Este cenário implica na sobreposição das despesas assistenciais em face das receitas percebidas, gerando prejuízos econômicos significativos e resultando na necessidade de subsídios cruzados entre planos regulamentados para manutenção de planos antigos. Ato contínuo, para ilustrar essa realidade, a Cooperativa Médica Unim Sergipe possui aproximadamente 64% da sua carteira composta por planos individuais e/ou familiares. Dentro desse universo populacional, 4,5 pontos percentuais (cerca de 3.800 vidas) correspondem a Planos não Regulamentados, cuja idade média é de 56 anos. Além disso, 51% dessas vidas estão na última faixa etária regulamentar (59 anos ou mais). Por fim, se o Instrumento de Revisão Técnica não contemplar essa realidade mutualística, operadoras como a Unimed Sergipe — e tantas outras que atendem populações com esse perfil de risco — continuarão enfrentando altos índices de sinistralidade; sem um reajuste técnico adequado, a sustentabilidade atuarial dessas carteiras permanecerá comprometida, impactando diretamente a qualidade e continuidade atendimento desta população e a geração de resultados positivos de planos regulamentados.
305846	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processua e judiciais.
305846	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, p força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiá não o faça diretamente ao prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305846	

Protocolo	Justificativa
305846	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto socorro. Ao contrário do que const no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só c as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e maior capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimer o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para operadoras devido à necessidade de customização de sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerand efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acess esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
305846	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305846	
305846	

Protocolo	Justificativa
305846	Inciso I: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. D acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerar o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de m de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os plan de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas po essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Cor um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistema mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingi O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde população). Portanto, com base nos estudos elaborados, entende-se que pode ser estabelecido que o valor de coparticipações não poderá ser superior a ur mensalidade, podendo ser cobrado o excedente nos meses seguintes. O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual que não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendiment adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108, por exemplo
305846	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o praz para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valo excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
305846	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
305846	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
305846	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305846	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
305846	
305846	
305846	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.

Protocolo	Justificativa
305846	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.
305846	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar condiciona ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, um vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausên de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusiv com criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversa Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresaria por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. Já que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende -s que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência de forma mal -intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultando ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto dev continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligada com fraudes e prejuízos financeiros.
305846	Inciso III: A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.
305846	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
305846	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Exclusão
305846	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
305846	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305846	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;
305846	
305846	
305846	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.

Protocolo	Justificativa
305846	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, a para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINI QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.
305846	b) No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saúd nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve -se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operado
305846	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.
305846	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria d cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sob Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
305846	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão
305846	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305846	
305846	
305846	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
305846	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de devendo ser aplicado da seguinte forma: coparticipação. Mas o valor a ser pag pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora . D acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerar o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de m de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável q a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargo Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvência de muitas operadoras. S as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade d isenções. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os plan de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas po essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Con um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistema mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e quanto ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingi O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da
305846	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processu e judiciais.
305846	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
305846	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
305846	
305846	

Protocolo	Justificativa
305846	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.
305846	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, er que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborad considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contratos em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/an Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a proposta vai contra o risco moral expos pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação de perda). Da mesma forma, so a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando o impacto de toda as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕE, ao comparar o resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positivo de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Estima-se que a sinistralidade aumente em pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verifica se que a manutenção da regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilização dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação e/ou franquia nos atendiment ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades em 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamen das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e le à insolvência de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade de isenções. Com base nos estudos realizados (os quais serão enviados à ANS), entende-se que é necessária a adequação no Anexo, no seguinte sentido: 1. Consultas Médicas: Isenção de apenas 2 (duas) consultas realizadas com médico generalista, ao ano. 2. Exam de Pré -Natal: As isenções das 10 consultas de obstetrícia serem complementares as 2 (duas) consultas já isentas no item I – Consultas Médicas. Em sum as medidas propostas pela ANS, portanto, vão afastar brasileiros do setor de saúde suplementar (como admitido pela própria ANS no RAIR). Ao invés de beneficiar os consumidores, apenas a elite brasileira terá acesso aos planos de saúde, sobrecarregando o SUS e estimulando cartões de desconto e clínica populares. As empresas, que já não suportam o peso dos planos de saúde na “folha”, não conseguirão manter esses benefícios aos seus colaboradores (80

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão
305846	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
305846	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305846	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colo entre outros insumos inerentes.
305846	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
305846	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a s considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
305846	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é "procedimento", para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.
305846	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece q haverá aumento do preço no AIR: "No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos". A principa implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáveis por absorv a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessív para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, a incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas d Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiame do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de plano coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de "financiamento integral", entende-se que pode ser estabelecido até 50% valor do procedimento. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupa em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.
305846	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado co um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
305846	2025-02-07 15:05:09	Operadora
306353	2025-02-07 15:07:43	Consultoria
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
305846	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
305846	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração
306353	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306215	- § 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I do caput deste ar□go será aferido proporcionalmente, mul□plicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Exclusão
306215	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
305846	
305846	Inciso I - a): a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze m consecutivos;
306353	
306215	
306215	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor 18 (dezoito) meses após a sua publicação

Protocolo	Justificativa
305846	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participante entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.
305846	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionár da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômi financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figu jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pe operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálcul utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entra para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços por contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar um aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala q os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução de número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde públ e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.
306353	Prejudica pessoas envolvidas na venda de planos de saúde, diretamente e indiretamente, impactando diversas famílias que vivem deste meio.
306215	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe um período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor de coparticipação do beneficiários.
306215	As mudanças apresentadas pela norma impactam nos processos operacionais da operadora, exigem várias parametrizações e controles que precisam ser desenvolvidos, testados e só depois implementados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306215	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306215	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
306215	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306215	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento de contratos, para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado, conforme o seu porte, na proporção abaixo: I - Operadora de Pequeno Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 30 vidas; II – Operadora de Médio Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 60 vidas; III – Operadora de Grande Porte: grupamento com todos os contratos coletivos (empresariais ou por adesão) com menos de 100 vidas;
306215	
306215	

Protocolo	Justificativa
306215	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas que hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que diversas operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com seus clientes pessoas jurídicas.
306215	Solicitamos a exclusão da lista de isenções proposta, considerando os significativos impactos econômico-financeiros que ela pode gerar para as Operadoras de Planos de Saúde. No caso das Cooperativas Médicas Unimeds de Santa Catarina, projeta-se um aumento substancial no custo líquido, decorrente da lista de isenções sugerida pela CP 145. Esse impacto será um aumento de 2,47% no custo líquido total das Operadoras, o que equivale a R$ 96,1 milhões, mais de 40% do resultado líquido acumulado pelas Operadoras de Santa Catarina de janeiro/24 a setembro/24. A recomendação anual de consultas médicas divulgada pelo Ministério de Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002 é de três consultas médicas ao ano, ou seja, estão sendo propostas isenções superiores ao que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. Estimamos que apenas as isenções de coparticipação propostas na Consulta Pública nº 145, aumentará o preço dos nossos planos atualmente vendidos em quase 10%, sem considerar os percentuais de redução e limites financeiros de exposição ainda propostos na referida consulta pública. Destacamos a preocupação com a manutenção da lista de isenções, que, à medida que for atualizada, poderá gerar impactos ainda mais expressivos para as operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor. Em síntese, a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação inegavelmente trará incremento de custos redistribuídos para aqueles que não são os usuários diretamente envolvidos no atendimento assistencial em questão. Os reflexos negativos são diversos com risco de desequilíbrio derivado da benesse.
306215	Proposta de Exclusão: Inciso V e alíneas “a” e “b” Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionária da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômicofinanceiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306215	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
306215	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306215	I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, contado a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, não pode ultrapassar o valor correspondente a 12 (doze) contraprestações pecuniárias base; e
306215	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e

Protocolo	Justificativa
306215	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual que não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais de Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operadora atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pagar a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titular, mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” O parâmetro adotado pelo STJ atende a pretensão da ANS de dar transparência e previsibilidade. Contudo, é sabido por todos a insustentabilidade econômica-financeira derivada do incremento do custo para atendimento de determinadas terapias. Assim, ainda que seja necessário garantir a transparência para o beneficiário e algum limite de comprometimento econômico para ele, remanesce o problema do
306215	O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306215	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
306215	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306215	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente da quantidade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se a soma do número de beneficiários das contratantes for maior que o limite para a formação do agrupamento.
306215	§ 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última. O presente não se aplica aos planos de assistencia à saúde com previsão de copartipação apenas na segmentação ambulatorial, que permanece devida.

Protocolo	Justificativa
306215	Considerando que a negociação, contratação do plano parte de um preço único previamente acordado entre a Operadora de planos de saúde e administradora de benefício, não faz sentido para as contratantes, a depender da soma do seu número de beneficiários, receberem um reajuste diferente. Isso importará em diferentes tabelas de preços para adesão de novos beneficiários, bem como novas contratantes.
306215	Há contratos que tem previsão do mecanismo financeiro de regulação apenas para segmentação ambulatorial.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306215	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
306215	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306215	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
306215	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamentos de contratos terá limite de meta por porte da operadora: a) 75% Operadora de Grande Porte b) 72% Operadora de Médio Porte c) 70% Operadora de Pequeno porte

Protocolo	Justificativa
306215	A respeito das limitações sobre as coparticipações, destacamos os seguintes impactos: ACESSIBILIDADE: Atualmente, a existência de fator moderador torna o plano de saúde mais acessível, pois a mensalidade fixa mensal tende a ser menor. A sua presença, assim, funciona como facilitador de acesso a novos beneficiários em razão do efeito de restringir o comprometimento financeiro fixo mensal para os mesmos: menor mensalidade. FATOR DE CONTENÇÃO DE CUSTOS: O fator moderador é utilizado como instrumento de negociação para reduzir a aplicação dos percentuais de reajuste, resultando assim em ganho direto aos beneficiários. UTILIZAÇÃO INDEVIDA, MAIS DESPERDÍCIOS, MENOS AUDITORIA: Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdaderio auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavaras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança, ou impacto extremamente reduzido. BENEFICIÁRIOS DE BAIXA UTILIZAÇÃO x POLÍTICA DE SUBSÍDIO: Se implementada na forma pretendida o efeito será muito forte para os beneficiários que não utilizam com frequênica o plano: terão suas mensalidades agravadas para sustentar os limites impostos e atenuar os maiores utilizadores, gerando efeito nocivo ao mercado. As empresas contratantes (que são as grandes subsididoras das mensalidades dos planos de saúde e já estão tendo dificuldades de suportar o impacto do aumento dos reajustes em razão das ampliações consecutivas do Rol de Procedimentos) serão fortemente impactadas com essa mudança. Tenderão as empresas a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o potencial mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficit no sistema público de saúde. Assim, entendemos que os benefícios atuais da coparticipação são muito maiores, que as pequenas distorções que eventualmente existem: o que está possibilitando a atual ampliação da base de clientes no sistema é justamente as mensalidades mais competitivas, que necessitam da participação ativa dos seus beneficiários, em especial com o instrumento da coparticipação.
306215	O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesas não assistenciais nestas operadoras são maiores. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Esclarecemos que os parâmetros aqui sugeridos presumem a manutenção dos índices de correção inflacionário e de sinistralidade separadamente como apontamos na sugestão de exclusão do inciso V do artigo 7º .

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306215	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
306215	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
306215	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306215	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
306215	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306215	Art. 13. Contratos celebrados antes da vigência desta norma permanecem inalterados. A mudança para as novas regras de Mecanismos Financeiros de Regulação será possível a pedido do CONTRATANTE, mediante a celebração de um novo contrato, podendo utilizar-se de regras legais como: portabilidade de carência ou mudança de plano.
306215	Art. 2º É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
306215	IV – Excepcionalmente no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais, acrescida da variação da PEONA e das receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste;
306215	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada (direta e indireta), referenciada ou cooperada.
306215	

Protocolo	Justificativa
306215	Considerando que a adequação às regras desta norma requer várias alterações que impactam no processo operacional da operadora e a administração de contratos com vigências diversas e regras distintas, vai ser exigido um grande esforço da operadora na adequação dos seus sistemas de gestão. O ideal para operacionalização é ter uma data de corte: planos celebrados a partir da vigência da norma observam a nova regra. Assim o contratante, interessado em adequar o seu contrato às novas regras tem o direito de celebrar uma nova contratação, sem carências e análise de DLP nos termos da legislação vigente.
306215	Apesar de, em primeira análise, a contratação digital aparentar-ser forma de potencializar o incremento do número de beneficiários por facilitar a contratação, esconde ela grave risco de aumento no número de fraudes. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral. A complexidade da operação é maior. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados, etc. Não é mensurável o efeito que pode gerar com a obrigatoriedade da contratação digital, possivelmente multiplicando os casos de fraude na toada do que vem ocorrendo nos segmentos de negócio em geral. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Isto não significa que a Operadora esteja ignorando a comercialização por via digital como fator importante; contudo, a sua adoção deve se dar de forma responsável conforme as condições operacionais existentes. Não se esqueça, por fim, que a obrigatoriedade afrontaria diretamente o Princípio Constitucional da Livre Iniciativa.
306215	No primeiro ano os contratos tem o maior impacto da constituição da PEONA, por isso a operadora sugere a alteração no inciso IV.
306215	Os valores praticados na rede indireta, via intercâmbio ou contrato de reciprocidade, não são os mesmos praticados pela operadora na sua rede direta, sendo relevante que haja previsão de que estes valores integrem a tabela de referência de coparticipação.
306215	Não se trata apenas da adequação da cláusula Mecanismos Financeiros de Regulação, mas outras alterações e impactos no contrato vigente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306215	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
306215	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306215	
306215	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias

Protocolo	Justificativa
306215	Quando a operadora estiver em risco de solvência por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. A revisão técnica deve funcionar de forma preventiva para evitar a insolvência, assim o pedido de revisão técnica apenas da carteira como um todo perde o sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. A avaliação do desequilíbrio do plano individual ou familiar é relevante para prevenir a insolvência e fomentar a sua comercialização
306215	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 421 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada por falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúde coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. A liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Acrescentemos, por fim, que a previsão do prazo de 60 dias como está no parágrafo é inviável na prática: as negociações para o reajuste precisam basear-se em um histórico da sinistralidade e demandam reuniões e avaliações do contratante e da Operadora, diversas

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306215	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
306215	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306215	II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 100% (cem por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal da soma das mensalidades devidas pelo grupo familiar.
306215	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos além dos referidos nos incisos acima, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
306215	O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo grupo familiar, resultando em um limite anual que não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais de Justiça. É o que dispõe a referida decisão: “RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operadora atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, operase o fato gerador da obrigação de pagar a coparticipação, desde que, Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 9 evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva. [...] 7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titular, mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário. 8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço. 9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” Sendo assim, entende-se razoável fixar como parâmetro para a cobrança da coparticipação o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário.
306215	A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Empresas que hoje possam apresentar um grupo de 1000 beneficiários são exceção, especialmente considerando nosso país continental. A ANS deve observar que diversas operadoras, especialmente as de pequeno porte lotadas em regiões com menos concentração urbana, tendem a deixar de ter campo de negociação com seus clientes pessoas jurídicas

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora
306215	2025-02-07 15:08:03	Operadora
306358	2025-02-07 15:17:46	Consultoria
306369	2025-02-07 15:22:35	Outro
306371	2025-02-07 15:32:33	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306215	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
306215	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Alteração
306358	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306369	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306371	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306215	Parágrafo Único. As Operadoras que pretendem aprovação da revisão técnica estabelecida pela ANS estão obrigadas a oferecer a contratação eletrônica de planos de contratação individual ou familiar.
306215	§ 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal, bem como data de execução do procedimento nos últimos 12 meses.
306358	
306369	
306371	

Protocolo	Justificativa
306215	Obrigar a contratação eletrônica é um risco a fraude e não resolverá a déficit da carteira do plano individual ou familiar. Obrigar a contratação eletrônica do plano coletivo por adesão por entidades sujeitas ao artigo 15 da RN 557 por meio de venda online para este público também estimulará as fraudes. Da mesma forma ocorrerá na contratação do plano coletivo empresarial por empresário individual sujeito ao artigo 9 da RN 557, que, na qualidade de PJ possui elegibilidade para contratação do plano coletivo, mas é dotado de privilégios de uma pessoa física. Ambas são contratações que requerem cuidado extra, análise de elegebilidade e legalidade, inviabilizando a contratação no processo online, pois a adesão dos beneficiários ao plano contratado dependerá da análise de elegibilidade da Contratante e aprovação pela Operadora. Nenhum beneficiário pode aderir ao contrato, cuja a pessoa jurídica não tenha sido aprovada previamente pela operadora nos termos exigidos pela ANS na RN 557. Os atuais critérios estabelecidos na RN 413 não são condizentes com a contratação de plano coletivo. Mesmo que ocorram ajustes, a ANS vai imputar novos custos para a Operadora para manter e disponibilizar uma estrutura para realização de entrevista qualificada presencial e aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Se mantida como obrigatória a venda do plano individual/familiar online, há necessidade da ANS conceder um prazo de 18 meses para que as Operadoras definam os ajustes necessários e contratação de uma solução tecnológica que atenda a norma. O art. 19 necessitará de alteração: “Art. 19. As alterações da referida norma entram em vigor 18 meses após a data de sua publicação”.
306215	A contagem do período de um ano deve considerar os 12 meses a partir da data da execução do procedimento ou evento em saúde, lembrando que existe um período de tempo entre data da realização do atendimento, notificação de cobrança do prestador local ou do sistema de intercâmbio e a cobrança do valor de coparticipação do beneficiários.
306358	Por que vai impactar uma gama de profissionais que trabalham e contribuem direto ou indiretamente com o sustento de seus familiares e demais pessoas
306369	o corretor tem papel importante antes durante e apos a contratação da venda atuando como um consultor
306371	SOU CORRETORA E NAO POSSO PERDER MEU TRABALHO

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306374	2025-02-07 15:37:00	Prestador
306386	2025-02-07 15:42:14	Empresa/indústria
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306374	- (ii) pela apreciação da Avaliação de Resultado Regulatório - ARR sobre contratação eletrônica de planos de saúde/venda on-line, com sugestões de revisitar a Resolução Norma□va - RN nº 413, de 11 de novembro de 2016 (31145427);	Exclusão
306386	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306324	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306374	
306386	
306324	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
306374	Plano de saúde é só com corretor. Venda sem profissional formado e licenciado, é mesma coisa que liberar extração de dente no bar, aceitar consulta com inteligência artificial,… isso é um retrocesso para operadoras e principalmente consumidores!
306386	Sou contra porque eu acredito que quem deva vender são os corretores e não as operadoras, pois tiraria o trabalho de muitos profissionais.
306324	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderiater,nomáximo,50%de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306324	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão
306324	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306324	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órteseepróteses ambulatoriais,aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colos entre outros insumos inerentes.
306324	

Protocolo	Justificativa
306324	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.
306324	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306324	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306324	

Protocolo	Justificativa
306324	Quanto ao item I - Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máxi em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e qua ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviá para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações da

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306324	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306324	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-ácobrar coparticipação em perce sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.

Protocolo	Justificativa
306324	Quanto ao § 3º - Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máxir em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderiater,nomáximo,50%de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia se superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica, a partir do 31º dia, portanto, proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306324	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
306324	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306324	
306324	

Protocolo	Justificativa
306324	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário d contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.
306324	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306324	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306324	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz

Protocolo	Justificativa
306324	Quanto ao item II - Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadora por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto- socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306324	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306324	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz

Protocolo	Justificativa
306324	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto- socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306324	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306324	

Protocolo	Justificativa
306324	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a deman no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, poi induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e p consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contrat em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/ano. Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a propos vai contra o risco moral exposto pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação perda). Da mesma forma, sobre a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando o impacto de todas as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕE, ao comparar o resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positiv de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Esti se que a sinistralidade aumente em 7,5 pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verifica- se que a manutenção da regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualment comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilização dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades em 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306324	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
306324	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão
306324	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
306324	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306324	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;
306324	
306324	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.
306324	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS paraosplanos individuais/familiares e, nos casos dos c coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.

Protocolo	Justificativa
306324	Quanto ao item I - A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no cus líquido.
306324	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.
306324	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.
306324	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306324	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
306324	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
306324	
306324	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
306324	Quanto ao item II - Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderiater,nomáximo,50%de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais d 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e qua ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviáv para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais.
306324	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais asserti é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tip de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306324	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
306324	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306324	
306324	

Protocolo	Justificativa
306324	Quanto ao Caput - Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máxi em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderiater,nomáximo,50%de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia se superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvênc de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade isenções. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que
306324	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Paraquehajatransparênciae previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual po procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderiater,nomáximo,50%de coparticipação. Mas o valor a ser pago pe beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306324	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306324	

Protocolo	Justificativa
306324	Quanto ao Parágrafo Único - Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das nov regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca-se ainda que, o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo-se as características do produto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora
306324	2025-02-07 15:45:35	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306324	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
306324	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306324	
306324	

Protocolo	Justificativa
306324	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto- socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e ma capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimento, o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização d sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúd ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acesso a esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
306324	Quanto ao item III - A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306368	2025-02-07 15:45:49	Entidade representativa de operadoras
306368	2025-02-07 15:45:49	Entidade representativa de operadoras
306368	2025-02-07 15:45:49	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306368	- “Art. 5º ..... § 1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um profissional de saúde pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário. §2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por profissional de saúde não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista. .....” (NR)	Exclusão
306368	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração
306368	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306368	
306368	II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço oficial ou cuja fórmula de cálculo esteja definida no contrato, de forma cla explícita, garantindo aos contratantes o acesso a todas as informações utilizadas para alcançar seu resultado.
306368	

Protocolo	Justificativa
306368	Esse tópico não foi submetido à Tomada de Subsídios ANS n º 4, aparecendo de forma inédita nesta Consulta Pública A Lei nº 12.842/2013, no parágrafo único do artigo 4º, estabelece que diagnóstico nosológico é a determinação da doença e, no parágrafo único do art. 2º, c caberá ao médico atuar na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de doenças, que só poderá ser compartilhada com outras profissões por meio de lei federais; nunca por resoluções de conselhos, leis municipais ou estaduais. Ou seja, a alteração proposta é ilegal.
306368	Não está claro o que seria “índice de preço claro e explícito” no entendimento da ANS. Questiona-se: o índice financeiro deve ser necessariamente um índice oficial de mercado como IPC, IGP Saúde? Pode também ser utilizada a Variação de Custo Médico Hospitalar - VCMH da operadora, desde que divulgado em local público?
306368	Nos termos do art. 4, inciso XXXII, da Lei nº 9.961/2000, compete à ANS “adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde”. A obrigação de comercializar via online não se mostra o meio mais adequado para atingir a finalidade consistente em estimular a competição no setor e miti a conduta central que reside na seleção de risco, tampouco a assimetria informacional. Eventual aprimoramento do processo de venda deveria ser realizado por meio de um instrumento regulatório de incentivos, caso contrário não alcançará c objetivo almejado, a exemplo do que ocorreu com a normativa vigente. No mais, é fundamental esclarecer que, impor a venda online fatalmente prejudicará agentes do mercado no tocante a estrutura e investimento, bem como resultará no encarecimento do produto, ou seja, essa medida se mostra igualmente oposta ao objetivo pretendido. Ao mesmo instante em que a ANS exige atendimento pessoal às operadoras e administradoras para atender beneficiários com dificuldade em acessar mei eletrônicos, muitas vezes porque sequer dispõem deste recurso, como exigir que estas empresas estruturem seus sistemas para, obrigatoriamente, oferecerem a contratação eletrônica? Por isto mesmo, essa alternativa não deve ser impositiva, mas sim opcional. Além disso, a proposta fere a liberdade, a livre iniciativa e a autonomia dos agentes, com a violação do princípio da liberdade contratual (art. 170 da Constituição Federal e Lei nº 13.874/2019).

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306368	2025-02-07 15:45:49	Entidade representativa de operadoras
306368	2025-02-07 15:45:49	Entidade representativa de operadoras
306368	2025-02-07 15:45:49	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306368	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Exclusão
306368	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
306368	- Art. 14. À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde empresarial, celebrado na forma do ar□go 9º desta resolução, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. Parágrafo único. Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na comunicação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306368	
306368	
306368	À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante, de inadimplência e fraude, o contrato de plano de assistência à saúde coletivo, por adesão ou emp somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de ses dias, devendo a operadora apresentar e demonstrar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação.

Protocolo	Justificativa
306368	Ainda que este novo normativo contenha critérios de elegibilidade e contrapartidas, o que mais interessa, a forma do cálculo do reajuste, os prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira, entre outros, serão definidos por meio de instrução normativa a ser editada pela DIOPE, até o momento desconhecida. Ou seja, uma medida sem eficácia e cheia de mistérios sobre suas regras de aplicabilidade.
306368	(Inciso V) - A proposta impacta negativamente a sustentabilidade econômico-financeira dos contratos coletivos, pois não será mais possível aplicar o reajus anual e, de forma complementar, o reajuste por sinistralidade. Cada índice possui uma função específica e mede diferentes aspectos. Logo, a complementação dos reajustes, que não significa acumulação, é fundamen para o equilíbrio das contas e manutenção das contratações. Nesse sentido, caso mantida a proposta, é bem provável que o preço inicial dos planos de saúde aumente consideravelmente, de forma a afastar novos consumidores ingressantes no setor saúde suplementar, prejudicando a oxigenação das carteiras. As mensalidades cobradas devem guardar relação com os respectivos riscos gerados ao grupo segurado, sob pena de prejuízos a toda a sociedade por inviabilização do mercado de saúde suplementar, porquanto, a médio e longo prazo, as operadoras entrariam em estado de insolvência. Ao corrigir as mensalidades dos planos coletivos apenas pelo reajuste de sinistralidade, corre-se o risco de a operadora estar exposta a ter novamente preju para os próximos 12 meses de contrato.
306368	Esse tópico não foi submetido à Tomada de Subsídios ANS n º 4, aparecendo de forma inédita nesta Consulta Pública. As hipóteses de exceção devem prever prazo de aviso prévio para se operar a rescisão contratual. A hipótese de rescisão na data de aniversário do contrato permite que seja dada qualquer justificativa vazia, sem demonstrar o prejuízo da manutenção da operação. A redação proposta não levou em consideração a possibilidade de fraude na contratação como uma hipótese para rescisão do contrato coletivo, fundament para garantir a segurança jurídica e a equidade nas relações contratuais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306368	2025-02-07 15:45:49	Entidade representativa de operadoras
306390	2025-02-07 15:50:44	Outro
306385	2025-02-07 15:53:18	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306368	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração
306390	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306385	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306368	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento dos seus contratos, coletivo por adesão com menos beneficiários, e coletivo empresarial com menos de mil beneficiários, para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esses dois agrupamer
306390	
306385	

Protocolo	Justificativa
306368	É certo que o consumidor deseja contratar um plano de saúde com acesso à prestadores médico-hospitalares de qualidade, pelo menor custo possível. A precificação correta do plano é, portanto, o principal fator que oportuniza o acesso da população à saúde suplementar. Por precificação correta do plano, deve-se considerar também todos os esforços para que o reajuste das mensalidades seja o menor possível. Ao reunir contratos heterogêneos no mesmo agrupamento, a ANS incentiva comportamentos contrários ao mutualismo e desconsidera as especificidades d setor, por exemplo, com perfis diferentes em relação à faixa etária média e sexo ou até mesmo a distribuição geográfica da massa. A concentração de grupos com regras e comportamentos distintos traz ineficiência ao agrupamento e, diferentemente do que a ANS espera, trará encarecimento dos preços dos produtos para os beneficiários, pois tais fatores influenciam diretamente a formação dos custos assistenciais e às frequência de utilização. O AIR da ANS não avaliou se essa proposta de agrupamento poderia inviabilizar o negócio das operadoras, bem como ensejar maior concentração de mercado e/ou redução na oferta de planos de saúde, de modo a desestimular a contratação e prejudicar a oxigenação da carteira. Ao que tudo indica e, conforme manifestação na audiência pública ocorrida no dia 28/01/25, a premissa adotada pela ANS para propor esse dispositivo levo em consideração uma pesquisa de campo desconhecida por todos os associados da ANAB, que representam parcela significativa das administradoras de benefícios, onde se diz ter apurado que não está sendo praticada a reunião de contratos coletivos por adesão coestipulados por administradoras, na forma art. 29 da RN 557/2022. Na verdade, a ANAB confere que praticamente todos os contratos coletivos por adesão coestiupulados por suas associadas pratica a reunião dos contratantes (pessoas jurídicas legitimadas). Isto significa dizer que o tal agrupamento enaltecido pela ANS já vem sendo praticado pelas administradoras de benefícios há anos, na forma de pool de risco ou reunião de contratos. Resta, ainda, questionar se a redação dada, de fato, quis considerar, tanto contratos por adesão como contratos empresariais, com menos de mil beneficiári para fins de agrupamento. Isto porque, logo será observado no artigo 40 §5º a previsão de aplicação de reajuste anual fora do agrupamento, desde que est fora do “limite” estabelecido.
306390	Como um cliente terá acesso a rede credenciada? As regras do planos coparticipação ter um pós vendas, eu zelo pelo ótimo atendimento e pós vendas
306385	O cliente precisa ser bem instruido na hora da contratação,, ser bem orientado sobre o plano que irá atender suas necessidades. Ser orientado como responder a declaração de Saúde ertc.. Ter uma pessoa para lhe prestar um suporte sempre que precisar, sem precisar passar horas e horas para ser atendido pela central de atendimento.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306403	2025-02-07 16:00:06	Consultoria
306396	2025-02-07 16:10:28	Operadora
306396	2025-02-07 16:10:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306403	- Art. 5º da RN ANS nº 558, de 2022	Alteração
306396	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração
306396	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306403	ANS NÃO PODE EXIGIR UM ABSURDO DESSE, NOS CORRETORES SOMOS MAIS DE 100 MIL COLABORADORES QUE TRABALHAMOS HONESTAI MESMO COM ESTORNOS DE COMISSÃO SEMPRE DAMOS O NOSSO SANGUE PELO CLIENTE , UM CLIENTE SOZINHO NÃO IRÁ CONSEGUIR EST E DECIDIR QUAL PLANO IRÁ CONTRATAR SOZINHO, MUITO MENOS UMA OPERADORA IRÁ AJUDAR O CLIENTE A DECIDIR EX : CLIENTE PROC AMIL , AMIL NÃO IRÁ CHEGAR AO CLIENTE E FALAR PELO O QUE VOCE BUSCA ´É MELHOR VOCE CONTRATAR A HAPVIDA NOTREDAME. VOCE PODEM FAZER ISSO EU TENHO FAMILIA ! EU TRABALHO COM PLANOS DE SAUDE A 13 ANOS.
306396	Alterar / incluir parágrafo: Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas. § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins deagrupamento.
306396	

Protocolo	Justificativa
306403	ANS NÃO PODE EXIGIR UM ABSURDO DESSE, NOS CORRETORES SOMOS MAIS DE 100 MIL COLABORADORES QUE TRABALHAMOS HONESTAMENTE MESMO COM ESTORNOS DE COMISSÃO SEMPRE DAMOS O NOSSO SANGUE PELO CLIENTE , UM CLIENTE SOZINHO NÃO IR CONSEGUIR ESTUDAR E DECIDIR QUAL PLANO IRÁ CONTRATAR SOZINHO, MUITO MENOS UMA OPERADORA IRÁ AJUDAR O CLIENTE A DECID EX : CLIENTE PROCURA AMIL , AMIL NÃO IRÁ CHEGAR AO CLIENTE E FALAR PELO O QUE VOCE BUSCA ´É MELHOR VOCE CONTRATAR A HAPVIDA NOTREDAME. VOCES NÃO PODEM FAZER ISSO EU TENHO FAMILIA ! EU TRABALHO COM PLANOS DE SAUDE A 13 ANOS.
306396	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais comocancelamentose renegociações contratuai em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
306396	Quanto ao item V, a) - No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saúde nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limitará a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306396	2025-02-07 16:10:28	Operadora
306396	2025-02-07 16:10:28	Operadora
306396	2025-02-07 16:10:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306396	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão
306396	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
306396	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306396	
306396	
306396	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou maisbeneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a considerada para a formação do agrupamento.

Protocolo	Justificativa
306396	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade d existência da administradora de benefícios.
306396	Quanto ao item V, b) - No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saúde nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limitará a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajus baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.
306396	Quanto ao §1º - Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação d operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306396	2025-02-07 16:10:28	Operadora
306396	2025-02-07 16:10:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306396	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração
306396	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306396	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)
306396	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicaçãopréviaao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Protocolo	Justificativa
306396	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais comocancelamentose renegociações contratuai em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representa apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
306396	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúd coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32,aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existempessoasjurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora, nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência que ANS não deveria interferir. Em casos excepcionais como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratar ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo de 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez que a operadora terá que espe dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando a liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situações de alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306396	2025-02-07 16:10:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306396	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306396	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze m consecutivos;

Protocolo	Justificativa
306396	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidadesdistintase complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figu jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%)x(1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração do índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pelas operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálculo utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entrada para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços p contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento do agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar u aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala que os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução d número dos beneficiários da saúdesuplementar, sobrecarregando a saúde pública e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306396	2025-02-07 16:10:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306396	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306396	

Protocolo	Justificativa
306396	Quanto ao item VI - Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade me perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além de promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberda econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecer o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima 25%, sendo 85% de pequeno porte, 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero o negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado no ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despes não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. Este patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) onde a sinistralidade meta corresponde a (1 – C), senc “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cad operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabelecidas na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistencial diferente uma da outra. Deste modo, nãodeveserpreviamente estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de uma sinistralidade meta mínima não se justifica. T medida limitaria a liberdade econômica das operadoras, dificultandosuasestratégiasde competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306396	2025-02-07 16:10:28	Operadora
306359	2025-02-07 16:14:47	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306396	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
306359	- Art. 6º No plano privado de assistência à saúde cole□vo empresarial com número de par□cipantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato cole□vo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do ar□go 29 desta resolução será considerada a totalidade de par□cipantes eventualmente já	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306396	
306359	Art. 6º. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a mil beneficiários não poderá ser exig cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de vinculação a pessoa jurídica contratante.

Protocolo	Justificativa
306396	Quanto ao item b), inciso V - Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula c fácil compreensão por todos que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico- financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico- financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, c reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre os custos com a assistência médica as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operadoras ajustarem os valores cobrados d beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por s vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com a inflação, cumprindo o princípio atuarial "preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)". Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizações no Rol de Procedimentos e a introduç de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolherem entre ajustar os preços com base na inflação geral ou cor base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. Ao se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessár correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índi de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulação de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada de variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contrat bem como elitiza ainda mais o valor da mensalidade do plano de saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa suprir, além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais e outr
306359	Mudar a apuração de carência e CPT conforme o limite de vidas do pool de risco, pois a regra de carência influencia no risco do contrato a integrar o pool

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306359	2025-02-07 16:14:47	Consultoria
306359	2025-02-07 16:14:47	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306359	- Art. 23 da RN ANS nº 557, de 2022:	Alteração
306359	- § 2º No documento previsto no parágrafo 1º, a informação tratada no inciso III do caput deste ar□go deverá especificar o valor para pagamento do beneficiário e o valor da mensalidade do mês anterior. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306359	Art. 23 (...) §1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante, de inadimplência, fraude e demais casos de rescisão motivada, o contrato de plano de assistê saúde coletivos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao con respeitando o prazo de notificação prévia contratualmente previsto.
306359	Art. 32 (...) § 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagam beneficiário.

Protocolo	Justificativa
306359	Alteração do §1º. Fraudes e outros fatos ensejadores de rescisão motivada tb devem permitir o rompimento em prazos diversos. Além disso, a intenção da ANS é regular o momento da rescisão, mas não impedir a rescisão imotivada. Contudo, o trecho final, que determina apresentar a "razões" da rescisão pode causar confusão quanto à prerrogativa. Importante ainda excluir o prazo para atender ao comando da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01, que na época revogou o paragem único d art 17 da RN 195, que possui mesmo conteúdo do atual art 23.
306359	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade do mês anterior pode confundir o beneficiário, por poder estar composta de juros, multa coparticipação, dentre outros aspectos sequer de conhecimento da operadora, como ocorre no caso de mensalidades cobradas sobre percentual de salário descontados diretamente pelo empregador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306359	2025-02-07 16:14:47	Consultoria
306359	2025-02-07 16:14:47	Consultoria
306359	2025-02-07 16:14:47	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306359	- Art. 27 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração
306359	- Art. 7º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 29 desta resolução será considerada a totalidade de participantes eventualmente já	Alteração
306359	- Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as coberturas adicionais contratadas em separado, multa, juros e taxas. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306359	Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste: I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em c que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; (Incluído pela Resolução Normativa XX, de 20XX) III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, esta será apurada tomando por base a proporção entre as des assistenciais líquidas de coparticipação e as receitas de contraprestações deduzidas dos tributos diretos verificados em um período de doze meses consec anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; (Renumerado do inciso II pela Resolução Normativa ANS nº XX, d IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade será apurada tomando por base a proporção entre as de assistenciais líquidas de coparticipação e as receitas de contraprestações deduzidas dos tributos diretos, verificados no período de meses vigentes do contra mês de apuração do reajuste definido no inciso I-b deste artigo; (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) V - poderá ser considerada a inclusão de um índice técnico-atuarial, além do equilíbrio de sinistralidade e índice de preços, para prever os aumentos reai despesas nos próximos 12 meses de contrato, ou seja, aumento esperado acima do índice de preços já considerado na apuração do cálculo de forma a nã acúmulo de mesmas variáveis.
306359	Art. 7º. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a mil beneficiários não poderá haver clá agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doença ou lesão preexistente, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta d celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
306359	Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as cober adicionais contratadas em separado, multa e juros.

Protocolo	Justificativa
306359	1) Quanto à forma de apuração do índice de sinistralidade mencionada no inciso III, tendo em vista que não existe a nomenclatura receita direta do plano n demonstrativos contábeis e, para não gerar dúvidas sobre a forma de apuração da sinistralidade, sugere-se com esse novo texto melhor detalhar quais são despesas assistenciais a serem verificadas e as receitas de contraprestações com a devida dedução do imposto direto (que atualmente tem previsão no pla de contas da ANS, conta 32). 2) Sobre a acumulação de índice, propôs a exclusão do inciso V em razão de: Quando da apuração da necessidade de aplicação de um reajuste na mensalidade de um determinado plano, espera-se que ele seja suficiente para equilibr a situação econômico-financeira para os 12 meses futuros. futuros e que ele não recupera o prejuízo já passado. Quando da vedação da aplicação de reajuste por sinistralidade conjugada com um reajuste financeiro (índice de preço), acreditamos que a ANS está pensar somente na necessidade de reparar uma insuficiência passada, mas não está levando em consideração a necessidade de um ajuste para estabelecer o equilíbrio futuro daquele contrato. Melhor explicando, quando da apuração de um reajuste por sinistralidade, estima-se que o perfil de utilização dos beneficiários e custo médio dos procedimentos observados nos últimos 12 meses, se manterá nos próximos 12 meses, ou seja, estima-se um mesmo padrão de frequência de utilização e custo médio dos procedimentos.. Entretanto, a não inclusão de um índice de preço para prever pelo menos a inflação nos próximos 12 meses poderá ocasionar um reajuste insuficiente para cobrir as despesas futuras, pois minimamente espera-se que ocorra um aumento na tabela de remuneração dos prestadores de serviços por um índice de preços, o qual está previsto nos contratos entre prestadores e operadoras. Observa-se que nesse caso, mesmo com a apuração do índice técnico (Sinistralidade) e financeiro (índice de preço), eventuais incorporações de novos procedimentos ao Rol ainda não estariam abrangidas no reajuste, mudanças de comportamento do perfil de utilização ou reajustes com os prestadores de serviços acima da inflação. Compreendemos o contexto que levou a ANS a essa proposta, decorrente de cláusulas contratuais prevendo o VCMH apurado pelo IESS (que prevê a apuração conjunta da inflação geral, inflação médica – HCCTR - , aumento em função do envelhecimento da população - aging factor - e demais mudanças frequência de utilização), combinado com sinistralidade. Porém, esses casos pontuais não podem ser utilizados para vedar práticas legitimas de acumulaçã de sinistralidade com índices financeiros nos estritos termos admitidos pelo anexo I da IN ANS 28/22. 3) Sobre a inclusão de índice técnico:
306359	Mudar a apuração de carência e CPT conforme o limite de vidas do pool de risco, pois a regra de carência influencia no risco do contrato a integrar o pool
306359	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade cobrada no boleto sem detalhamento de taxa permite o cruzamento de dados pelo fisco para que possa verificar os valores reportados na DMED são compatíveis com as mensalidades (e taxas) cobradas do usuário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306378	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
306378	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306378	- § 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mecanismos Financeiros de Regulação, além daqueles elencados no Anexo desta norma.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306378	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.
306378	Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste: VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupame contratos será objeto de negociação contratual, de acordo com fatores técnicos e mercadológicos.
306378	

Protocolo	Justificativa
306378	Conforme demonstram os estudos elaborados pela Unimed do Brasil (que serão enviados por meio de ofício à ANS), os planos individuais, em muitas operadoras, apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente de uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria do cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuari de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de um carteira de planos de saúde.
306378	O percentual único e obrigatório sugerido pela reguladora para fins de limitação da meta de sinistralidade desconsidera a individualidade das carteiras de contratos, sobretudo em razão de área de atuação, porte e segmento. É preciso observar a diretriz legal sobre o tema de reajustes de contratos, prevista direta e indiretamente na Lei 9.656/98 nos artigos 16 e 17-A, respectivamente, devendo prevalecer a prerrogativa legal de legitimidade e competência das Operadoras. Por fim, a proposta em questão também pode violar os princípios constitucionais da livre iniciativa privada, poder de negociação entre as partes, proporcionalidade e razoabilidade. Assim, propõe-se a alteração da redação do inciso VI para estabelecer que o percentual da meta de sinistralidade será objeto de negociação em contrato pe partes. Conforme Ofício nº 09/2025 (Número do Processo: 33910.004221/2025-18) que contempla insumos técnicos, atuariais e mercadológicos sobre os possíve impactos da mudança ora discutida.
306378	Pelas mesmas razões expostas no caput, a sugestão é excluir este parágrafo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306378	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306378	- § 2º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, até o 30º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma. § 3º Após o 31º dia de internação, consecu□vos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar copar□cipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306378	Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste: V - é permitida a acumulação de índice de preço e meta por sinistralidade, para fins de cálculo de reajuste, mediante justificativa técnica apresentada e acc junto ao contratante.
306378	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perc sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de até 50%.

Protocolo	Justificativa
306378	Tratam de índices com fatos geradores distintos. O reequilíbrio técnico objetiva recompor o desequilíbrio interno dos preços contratuais quando sobrevierem fatos imprevisíveis ou previsíveis com consequências incalculáveis. Já o reajuste por índice financeiro objetiva manter o equilíbrio contratual para diminuir o impacto da desvalorização da moeda por índices inflacionários. Logo, em um mesmo período de tempo é possível que o contrato seja impactado por esses dois fatores, o que fundamenta a necessidade de reajustar o preço contratual com base em ambos os índices proporcionalmente, resguardando não somente as Operadoras, mas a própria prestação de serviço em favor dos beneficiários. A não observância do exposto acima pode violar os princípios constitucionais da livre iniciativa privada, poder de negociação entre as partes, proporcionalidade e razoabilidade, sem prejuízo de afronta à prerrogativa das Operadoras previstas pela Lei nº 9.656/1998 (art. 16 e 17-A) de estabelecer critérios de reajuste contratualmente. Assim, propõe-se a alteração da redação do inciso V para incluir a possibilidade de cumulação dos índices de reajuste. Conforme Ofício nº 09/2025 (Número do Processo: 33910.004221/2025-18) que contempla insumos técnicos, atuariais e mercadológicos sobre os possíveis impactos da mudança ora discutida.
306378	Alterar a atual regra de coparticipação para internações psiquiátricas, em tese, poderá resultar a prolongação das internações e consequente dificuldade posterior de reinserção dos beneficiários em estado de vulnerabilidade social, o que contraria o previsto no §1º, do art. 4º da Lei nº 10.216/2001. Também não há impedimento pelo CDC de compartilhamento das despesas após o 31º dia de internação, quando dispostas em consonância com a sistemática legal. Por isso, a proposta é manter o limite para coparticipação de internações psiquiátricas, todavia, com percentual máximo de até 50% previsto na redação vigente do artigo 19, inc. II, alínea b, da RN 465/21. Conforme Ofício nº 09/2025 (Número do Processo: 33910.004221/2025-18) que contempla insumos técnicos, atuariais e mercadológicos sobre os possíveis impactos da mudança ora discutida.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306378	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306378	Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Normativa, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por livre neg das partes em instrumento contratual e por acordos ou convenções coletivas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.

Protocolo	Justificativa
306378	A proposta para implantar o limite máximo de 30% de coparticipação sobre o valor de cada procedimento poderá violar as próprias regras regulatórias e lega aplicáveis à saúde suplementar, mediante o risco provável de restringir o acesso dos beneficiários aos planos de saúde. Reduzir o limite de coparticipação pode limitar o acesso dos beneficiários aos planos de saúde, na medida em que pela lógica de mercado o preço calculad para o estabelecimento do montante “vigente” de coparticipação seria embutido no preço para aquisição do produto, a fim de não resultar em desequilíbrio econômico-financeiro contratual e/ou impactar na garantia assistencial das operadoras. Com isso, a aquisição dos planos poderia ser mais custosa para as pessoas jurídicas e seus beneficiários, culminando na impossibilidade financeira de custe podendo resultar a sobrecarga do SUS. Além disso, reduzir o limite da coparticipação pode configurar uma utilização menos consciente dos recursos assistenciais pelos beneficiários, o que poderá impactar sobremaneira a disponibilidade dos serviços prestados, em especial de urgência e emergência. Inclusive, a possibilidade de estabelecer mais opções de percentuais de coparticipação (até 50%), elevaria as possibilidades e a acessibilidade de contrataçó de planos de saúde, atribuindo ao beneficiário a liberdade de escolha do melhor produto/valor conforme as necessidades e capacidade financeira respectiv Por fim, a não observância do exposto acima pode violar os princípios constitucionais da livre iniciativa privada, poder de negociação entre as partes, proporcionalidade e razoabilidade, sem prejuízo de afronta à prerrogativa das Operadoras previstas pela Lei nº 9.656/1998. Por isso, a alteração é para incluir produto híbrido, com possibilidade de produto para atender ao limite de 30% de coparticipação por procedimento, conforr proposto na CP 145, sem prejuízo de ofertar outros produtos com limites superiores, desde que observado o limite máximo de 50%. Conforme Ofício nº 09/2025 (Número do Processo: 33910.004221/2025-18) que contempla insumos técnicos, atuariais e mercadológicos sobre os possíve impactos da mudança ora discutida.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306378	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
306378	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306378	- § 1º Nos casos em que os contratos de planos privados de assistência à saúde não con□verem disposições acerca da aplicação de mecanismos de regulação assistencial, como direcionamento, referenciamento, porta de entrada ou hierarquização de acesso, a isenção a que se refere o art. 3º desta Resolução poderá ser condicionada à indicação, pela operadora de plano privado de assistência à saúde, do prestador de serviços de saúde que realizará o procedimento, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306378	
306378	Art. 27. IV - no primeiro ano do contrato, para fins de constatação da necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, o nível de sinistralidade terá p a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuraçã reajuste;
306378	§ 1º Nos casos em que os contratos de planos privados de assistência à saúde não contiverem disposições acerca da aplicação de mecanismos de regul assistencial, como direcionamento, referenciamento, porta de entrada ou hierarquização de acesso, a isenção a que se refere o art. 3º desta Resolução poc condicionada à indicação, pela operadora de plano privado de assistência à saúde, do prestador de serviços de saúde que realizará o procedimento

Protocolo	Justificativa
306378	Art. 4º A operadora contemplada com o instituto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: ... III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender d análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas. JUSTIFICATIVA: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifi por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.
306378	Esclarecer que sinistralidade indicada se refere a avaliação da necessidade de reajuste e não sobre a metodologia
306378	Art. 4º O §1º apresenta redação com antítese, já que inicialmente prevê a condição da falta de previsão contratual, e no final condiciona a previsão contratu dos mecanismos de regulação assistencial. Sugere-se a adequação à clara intenção do legislador de permitir a aplicação do mecanismo, vide existência do parágrafos seguintes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306378	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
306378	- Art. 1º A presente Resolução Norma□va dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 1 fatores moderadores de u□lização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea “a” do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respec□vas alíneas do art. 19, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos e	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306378	
306378	

Protocolo	Justificativa
306378	Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/2 muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos já mencionados demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemente superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivo acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência), a sinistralidade tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumentos para os beneficiários serão m elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhu dos períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre em decorrência do financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a ofert desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, a demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individuai pelos planos coletivos. Se manter o critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operadora apresentará. Aliás, no que tange à demonstração de desequilíbrio da carteira de planos individuais, já que a ANS entende a meta de sinistralidade de 75% é suficiente pa fins de cálculo do reajuste do plano coletivo, entende-se que o mesmo indicador poderia ser um parâmetro para concessão da revisão técnica nos planos individuais. Ou seja, ultrapassada essa meta, seria possível a concessão da revisão técnica.
306378	Exclusão em virtude de posicionamentos contrários que serão expostos nos tópicos subsequentes, de maneira individualizada por cada tema abordado e o objeto de revogação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306378	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
306378	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
306378	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
306378	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão
306378	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306378	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os isentos de incidência e cobrança.
306378	
306378	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem co superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - EXCLUIR
306378	
306378	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat

Protocolo	Justificativa
306378	Trecho excluído em razão das argumentações expostas no artigo 3º desta norma.
306378	Tratam-se os eventos prestados em pronto-socorro e em internação de serviços com naturezas distintas e individualizadas, motivo pelo qual é justificável a cobrança de coparticipação apartada para cada um deles, com fulcro no próprio conceito desse mecanismo de regulação contido no artigo 2º, § 1º, desta norma.
306378	Impossibilitar a cobrança individualizada de coparticipação para cada evento e procedimento em saúde realizados em pronto-socorro poderá configurar um utilização menos consciente dos recursos assistenciais pelos beneficiários, e, por conseguinte, impactar sobremaneira a disponibilidade dos serviços de urgência e emergência, dissociando-se da busca da minimização da cultura hospitalocêntrica, já que a indução a boas práticas assistenciais para o atendimento adequado diverge desta máxima. Por isso, a proposta é para retirar a menção aos atendimentos ocorridos em pronto-socorro do texto, mantendo apenas o valor único aplicável à internaçã A depender da faixa etária do beneficiário, torna-se inviável observar o limite de exposição financeira no mesmo contrato, considerando a possibilidade de cobranças distintas e perda financeira. Por isso, sugere-se a exclusão do inciso II.
306378	Exclusão em virtude de posicionamento contrário exposto em cada artigo individualmente.
306378	Necessário incluir todos os planos não regulamentados, devido à defasagem que eles apresentam atualmente, gerando grandes prejuízos e vultuoso resulta negativo a algumas operadoras, podendo ocasionar a sua quebra, especialmente entre aquelas que possuam uma carteira considerável de planos não regulamentados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306378	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
306378	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Exclusão
306378	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306378	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
306378	
306378	Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte: I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa;

Protocolo	Justificativa
306378	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais, em muitas operadoras, estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estudos elaborados pela Unimed do Brasil (que serão enviados por meio de ofício à ANS), demonstram uma sinistralidade de mais 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais breve possível.
306378	À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, ao estabelecer a hipótese de rescisão apenas na data de aniversário do contrat de forma motivada, a ANS está engessando não somente as operadoras, mas também a liberdade do contratante de rescindir o contrato quando entende pertinente, o que pode ser prejudicial para ambas as partes e violar o princípio constitucional de livre iniciativa e prerrogativa de negociação das partes. Assi sugere-se a exclusão desse parágrafo.
306378	Impossibilitar a cobrança individualizada de coparticipação para cada evento e procedimento em saúde realizados em pronto-socorro poderá configurar um utilização menos consciente dos recursos assistenciais pelos beneficiários, e, por conseguinte, impactar sobremaneira a disponibilidade dos serviços de urgência e emergência, dissociando-se da busca da minimização da cultura hospitalocêntrica, já que a indução a boas práticas assistenciais para o atendimento adequado diverge desta máxima. Por isso, a proposta é para retirar a menção aos atendimentos ocorridos em pronto-socorro do texto, mantendo apenas o valor único aplicável à internaçã

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306378	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306378	Art. 9º A coparticipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: (...) § 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, as operadoras deverão ofertar, no mínimo, 01 (um) prod percentual que não ultrapasse 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grup procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação. § 3º É facultado às operadoras a oferta de produto com percentual coparticipativo que não ultrapasse o limite de 50% do valor monetário do procedimento o em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabe referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
306378	O objetivo dos mecanismos de regulação financeira é controlar, regular a demanda ou a utilização pelos beneficiários dos serviços cobertos nos planos de saúde, de modo a viabilizar o acesso, cuja imposição e quantum poderão ser estabelecidos contratualmente por liberalidade das operadoras (art. 16, VIII, d Lei nº 9.656/98) . A proposta para implantar o limite máximo de 30% de coparticipação sobre o valor de cada procedimento poderá violar as próprias regras regulatórias e lega aplicáveis à saúde suplementar, mediante o risco provável de restringir o acesso dos beneficiários aos planos de saúde. A própria ANS já se manifestou no sentido de que a coparticipação em limites superiores à 30%, não se amolda ao conceito de severidade, tanto é que determinou o limite de 50% nas hipóteses de internações psiquiátricas (RN 465/2021) e atendimentos domiciliares (RN 487/2022). A possibilidade de limite superior, como o de 50% , também já foi reconhecida pelo STJ (REsp 2001108/MT). Reduzir o limite de coparticipação pode restringir o acesso dos beneficiários aos planos de saúde, na medida em que pela lógica de mercado o preço calcula para o estabelecimento do montante “vigente” de coparticipação seria embutido no preço para aquisição do produto, a fim de não resultar em desequilíbrio econômico-financeiro contratual e/ou impactar na garantia assistencial das operadoras. Com isso, a aquisição dos planos poderiam ser mais custosos para as pessoas jurídicas e seus beneficiários, culminando na impossibilidade financeira de custeio, podendo resultar a sobrecarga do SUS. Além disso, reduzir o limite da coparticipação pode configurar uma utilização menos consciente dos recurso assistenciais pelos beneficiários, o que poderá impactar sobremaneira a disponibilidade dos serviços prestados, em especial de urgência e emergência. Inclusive, a possibilidade de estabelecer mais opções de percentuais de coparticipação (até 50%), elevaria as possibilidades e a acessibilidade de contratação de planos de saúde, atribuindo ao beneficiário a liberdade de escolha do melhor produto/valor conforme as necessidades e capacidade financeira respectiv Por fim, a não observância do exposto acima pode violar os princípios constitucionais da livre iniciativa privada, poder de negociação entre as partes, proporcionalidade e razoabilidade, sem prejuízo de afronta à prerrogativa das Operadoras previstas pela Lei nº 9.656/1998. Por isso, a alteração é para incluir produto híbrido, com possibilidade de ofertar plano para atender ao limite de 30% de coparticipação por procedimento e evento em saúde, conforme proposto na CP 145, sem prejuízo de ofertar outros produtos com limites superiores, desde que observado o limite máximo de 50%. Conforme Ofício nº 09/2025 (Número do Processo: 33910.004221/2025-18) contemplando insumos técnicos, atuariais e mercadológicos sobre os possíveis impactos da mudança ora discutida.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306378	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306378	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
306378	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos tanto por a quanto empresariais com menos de 100 (cem) vidas, para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos por adesão e empresariais com 100 (cem) ou m beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de benefi ser considerada para a formação do agrupamento. §xxº Desde que previsto em contrato, é facultado às operadoras, respeitado o número de beneficiários agrupados, negociar outras variáveis de agrupamer permitam maior homogeneização entre os risco dos contratos.
306378	"§3º A aplicabilidade dos parágrafos anteriores é irretroativa, não se aplicando aos negócios jurídicos firmados em data anterior à vigência da Resolução No nº xx/xxxx, com exceção dos contratos coletivos empresariais contratados por empresário individual."

Protocolo	Justificativa
306378	Referida alteração não observa as particularidades de cada contrato e de cada porte/carteira das operadoras, o que poderá prejudicar a exequibilidade e c equilíbrio econômico-financeiro das relações comerciais. O impacto decorre pela expressividade do aumento de número de vidas necessário para justificar agrupamento, qual seja, mais 3.333% / 970 vidas, não havendo ferramentas disponíveis para que o mercado regulado possa se preparar estrutural e economicamente de maneira adequada. A alteração significativa do aumento do número de vidas condicionado ao agrupamento poderá ter um efeito contrário ao pretendido, pois aqueles contrato que abrangem mais beneficiários, que atualmente não estão no pool de risco, terão que sofrer um reajuste mais elevado a fim de compensar os contratos c menos beneficiários. Os planos que compõem atualmente o pool de risco são muito mais vulneráveis à seleção adversa e precisam ter esse custo maior repassado aos preços dos produtos de maneira a manter o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos. A não observância do exposto acima pode violar os princípios constitucionais da livre iniciativa privada, poder de negociação entre as partes, proporcionalida e razoabilidade, sem prejuízo de afronta à prerrogativa das Operadoras previstas pela Lei nº 9.656/1998 (art. 16 e 17-A) de estabelecer critérios de reajust contratualmente. A proposta é sugerir o aumento gradativo do número de segregação por agrupamento, capaz de viabilizar o correto cumprimento das operadoras, com limi de vidas de 99 (+ 333%). Conforme Ofício nº 09/2025 (Número do Processo: 33910.004221/2025-18) que contempla insumos técnicos, atuariais e mercadológicos sobre os possíve impactos da mudança ora discutida.
306378	Conforme o artigo 5º, XXXVI, da CF de 1988, a lei nova não poderá prejudicar, dentre outros, o ato jurídico perfeito. Nesse sentido, a regra é que o novo normativo não poderá retroagir para alcançar contratos com vigência anterior à publicação da referida norma. Assim, entende-se que a redação deverá se alterada para prever expressamente a irretroatividade de seus efeitos em artigo subsequente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306378	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306378	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306378	
306378	

Protocolo	Justificativa
306378	Referida previsão não considera a realidade dos diferentes números de beneficiários contemplados nos contratos vinculados às carteiras de operadoras e administradoras de benefícios. Dessa forma, é medida extrema e desrazoável limitar a prerrogativa de reajuste de contrato firmado entre operadora e administradora de benefícios em virtude, tão somente, da existência de 01 (um) ou pouquíssimos contratos que possuam número de beneficiários menor que o limite para a formação do agrupamento. A não observância do exposto acima pode violar os princípios constitucionais da livre iniciativa privada, poder de negociação entre as partes, proporcionalida e razoabilidade, sem prejuízo de afronta à prerrogativa das Operadoras previstas pela Lei nº 9.656/1998 (art. 16 e 17-A) de estabelecer critérios de reajust contratualmente.
306378	Entende-se que referida alteração pode violar os princípios constitucionais da livre iniciativa privada, poder de negociação entre as partes, sem prejuízo de afronta à prerrogativa das Operadoras previstas pela Lei nº 9.656/1998. Além disso, estabelecer limite mensal ou anual máximo de cobrança de coparticipação pode configurar uma utilização menos consciente dos recursos assistenciais pelos beneficiários, o que poderá impactar sobremaneira a disponibilidade dos serviços prestados, em especial de urgência e emergência. Sob outro enfoque, diluir o valor cobrado à título de coparticipação, mensal ou anualmente, em várias mensalidades, poderá gerar uma perda monetária pa as operadoras que não poderão cobrar juros e multa de mora, bem como poderá gerar fluxo de caixa mensal negativo, comprometendo o custeio dos serviç e regular execução do objeto contratual. Assim, a nossa proposta é no sentido de excluir o artigo citado. Conforme Ofício nº 09/2025 (Número do Processo: 33910.004221/2025-18) que contempla insumos técnicos, atuariais e mercadológicos sobre os possíve impactos da mudança ora discutida.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306378	2025-02-07 16:20:00	Operadora
306445	2025-02-07 16:22:32	Paciente

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306378	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
306445	- Art. 27 da RN ANS nº 565, de 2022:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
306378	Art. 3º As operadoras deverão ofertar, no mínimo, 01 (um) produto com isenção da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação sobre os procedim eventos de saúde prestados que integram o Anexo desta norma. §xº É facultado às operadoras a oferta de produtos sem isenção ou com regras de isenção de Mecanismo Financeiros de Regulação distintas da mencion caput desse artigo, desde que previamente acordado com o contratante e registrado em instrumento contratual.
306445	Os reajustes anuais dos planos de saúde têm sido uma das principais preocupações dos consumidores, muitas vezes superando índices de inflação e sem justificativa clara sobre a composição desses aumentos. A falta de transparência nos critérios adotados gera insegurança para os beneficiários, dificultan previsibilidade financeira e comprometendo a continuidade do acesso aos serviços de saúde. Ao vincular os reajustes a índices econômicos oficiais e estabelecer critérios objetivos para sua definição, busca-se garantir um equilíbrio entre a sustentabili setor e a proteção dos consumidores contra aumentos excessivos. Além disso, a exigência de uma comunicação antecipada e detalhada sobre os reaju permitirá maior planejamento financeiro por parte dos beneficiários, promovendo um ambiente de maior confiança e previsibilidade no setor de saúde suple

Protocolo	Justificativa
306378	Diante da impossibilidade de precisar o número de beneficiários que necessitarão dos procedimentos e eventos com isenção de coparticipação, a operador poderá ser inserida em um cenário de incerteza no tocante aos custos direcionados para os referidos tratamentos. Assim, é de suma importância que a operadora tenha liberdade de definir as regras de isenção de mecanismos financeiros de regulação, de acordo com a s própria realidade. Por isso a sugestão é incluir produto híbrido, com possibilidade de ofertar plano com ou sem isenção de mecanismos financeiros, desde que negociado ent as partes e previsto em contrato, de modo a possibilitar que o contratante escolha o plano de saúde que melhor se enquadre nas suas necessidades e capacidade financeira. Conforme Ofício nº 09/2025 (Número do Processo: 33910.004221/2025-18) contemplando insumos técnicos, atuariais e mercadológicos sobre os possívei impactos da mudança ora discutida.
306445	garantindo previsibilidade para os beneficiários.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306405	2025-02-07 16:23:08	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306405	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306405	

Protocolo	Justificativa
306405	Plano de saúde é com corretor, não tem como retirar uma classe tão grande. O cliente deve ter um contato mais intimo com o corretor...saúde não um negó é qualidade de vida. Como vai ter apenas atendimento on line cuidadndo da saude??

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306449	2025-02-07 16:23:15	Paciente
306443	2025-02-07 16:30:09	Operadora
306443	2025-02-07 16:30:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306449	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
306443	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
306443	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306449	
306443	
306443	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentosde apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicaçãodesta Resolução.

Protocolo	Justificativa
306449	A normativa alteradora 413/2016 deve ser excluida pois a proposta de emenda que busca proibir as corretoras de planos de saúde de trabalharem com contratos de “1 vida” pode prejudicar gravemente tanto os profissionais quanto os consumidores. Esses profissionais ajudam a tornar o mercado de planos de saúde mais acessível, especialmente para aqueles que têm dificuldades em entender as opçõe a complexidade dos contratos. A cada dia, os corretores trabalham incansavelmente para garantir que as pessoas escolham o plano certo para sua realidad muitas vezes encontrando soluções para situações específicas, como planos para idosos ou pessoas com doenças preexistentes Se essa emenda for aprovada, muitas pessoas podem perder esse suporte importante. A ideia de limitar a atuação dos corretores prejudica a possibilidade um atendimento mais personalizado e pode dificultar a escolha de planos para quem está em uma situação mais simples ou individual, como uma pessoa q busca um plano apenas para si. Além de prejudicar mais de 100.000 profissionais de Vendas em todo Brasil.
306443	Quanto ao Parágrafo Único - Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo le a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.
306443	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere- se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuari de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de um carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306443	2025-02-07 16:30:09	Operadora
306443	2025-02-07 16:30:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306443	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
306443	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306443	
306443	Art. 5º A ANS definirá em InstruçãoNormativaa metodologia de cálculo da RevisãoTécnica,bem como o rito processual e a documentação necessária, tendo referência a metodologia trazidapeloInstituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024,sobreNota deRevisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
306443	Quanto ao item III - Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que es instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaraçã que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.
306443	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere- se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306443	2025-02-07 16:30:09	Operadora
306443	2025-02-07 16:30:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306443	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
306443	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306443	
306443	

Protocolo	Justificativa
306443	Quanto ao item III - Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A A não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade plano que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, por meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formação inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. Há um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, região com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos viola princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigo contratos em que as contraprestações não são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.
306443	Quanto ao item I - Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que es instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestaçã dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras dev ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306443	2025-02-07 16:30:09	Operadora
306443	2025-02-07 16:30:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306443	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
306443	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306443	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
306443	

Protocolo	Justificativa
306443	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.
306443	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar- condicionado ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive co criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresariais por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-se que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência d forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultand ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto deve continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligadas com fraudes e prejuíz financeiros.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306443	2025-02-07 16:30:09	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306443	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306443	

Protocolo	Justificativa
306443	Quanto ao item I - Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos Deve ser excluído o inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando operadora estiver em risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Lo o pedido de revisão técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observad entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serã enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/2 muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemer superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivos acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso(apresentardesequilíbrioseconômico- financeirosqueameacemsuasolvência),a sinistralidade do t de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão mais elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhum dos períodos, pois a maior sinistralidade está em83%.Issoocorreemdecorrênciado financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técnica, já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a ofert desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, a demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individua

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306443	2025-02-07 16:30:09	Operadora
306483	2025-02-07 16:32:23	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306443	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
306483	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306443	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidospelas operadorasdeverá observar o disposto nesta Resolução Normati
306483	

Protocolo	Justificativa
306443	É fundamental que o Instrumento de Revisão Técnica também considere os “planos não regulamentados”. É sabido pelo Órgão Regulador que muitas Operadoras de Planos de Saúde ainda gerenciam o risco de subscrição de mútuos com tais características, desbravando desafios como a insuficiência de receita de contraprestação, o envelhecimento populacional da massa segurada e o consequente aumento dos custos assistenciais. Este cenário implica na sobreposição das despesas assistenciais em face das receitas percebidas, gerando prejuízos econômicos significativos e resultando na necessidade de subsídios cruzados entre planos regulamentados para manutenção de planos antigos. Ato contínuo, para ilustrar essa realidade, a Cooperativa Médica Unimed Sergipe possui aproximadamente 64% da sua carteira composta por planos individuais e/ou familiares. Dentro desse universo populacional, 4,5 pontos percentuais (cerca de 3.800 vidas) correspondem a Planos não Regulamentado cuja idade média é de 56 anos. Além disso, 51% dessas vidas estão na última faixa etária regulamentar (59 anos ou mais). Por fim, se o Instrumento de Revisão Técnica não contemplar essa realidade mutualística, operadoras como a Unimed Sergipe — e tantas outras que atend populações com esse perfil de risco — continuarão enfrentando altos índices de sinistralidade; sem um reajuste técnico adequado, a sustentabilidade atuar dessas carteiras permanecerácomprometida,impactando diretamente a qualidade e continuidade do atendimento desta população e a geração de resultados positivos de planos regulamentados
306483	A Importância do Corretor na Venda de Planos de Saúde Diante da possível implementação da resolução da ANS, que permitiria a venda online de planos de saúde sem a intermediação do corretor, é essencial esclarecer alguns pontos fundamentais. O papel do corretor vai muito além de simplesmente vender um plano. Nossa missão é garantir que cada cliente faça a escolha certa, oferecendo: ✅ Estudo personalizado para encontrar a melhor opção conforme o perfil do cliente. ✅ Explicação detalhada sobre as operadoras, coberturas, carências e reajustes. ✅ Orientação técnica para que o consumidor compreenda as diferenças entre os planos e evite escolhas inadequadas. A retirada do corretor não reduzirá os custos do setor. O que realmente pode tornar os planos mais acessíveis é a competitividade, a desburocratização e ur fiscalização mais eficiente. É impensável ignorar o impacto positivo que os corretores têm na vida de quem precisa de um plano de saúde, principalmente aqueles que não possuem conhecimento técnico para analisar todas as variáveis envolvidas. Defendemos um mercado justo, onde o consumidor tenha transparência e suporte adequado para tomar decisões bem informadas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306484	2025-02-07 16:34:12	Consultoria
306439	2025-02-07 16:37:29	Operadora
306439	2025-02-07 16:37:29	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306484	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306439	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração
306439	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306484	
306439	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a s considerada para a formação do agrupamento.
306439	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Protocolo	Justificativa
306484	vai prejudicar diversas familias que depende de venda de planos eu sustento minha familia ,pelo amor de Deus nao façam isso serao milhares de pessoas s poder sustentar a familia mais pessoas desempregados no pais gente.as operadora ja sao ricas nos ainda estamos tentando sobreviver
306439	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 10(vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado co um todo.
306439	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 4 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada p falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúc coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência que ANS não deveria interferir. Em casos excepcionais como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratante, ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo de 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez que operadora terá que esperar dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando a liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situações alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306439	2025-02-07 16:37:29	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306439	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306439	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)

Protocolo	Justificativa
306439	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representar apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada a pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior port adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empres que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenç dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306439	2025-02-07 16:37:29	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306439	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306439	

Protocolo	Justificativa
306439	Inciso V : Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensã por todos que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúc As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende exis nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, do reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre custos com a assistência médica e as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operador ajustarem os valores cobrados dos beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por sua vez, o reajuste pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com inflação, cumprindo o princípio atuarial da “preservação do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)”. Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para o próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizaçõ no Rol de Procedimentos e a introdução de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolher entre ajustar os preços com base na inflação geral ou com base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. A se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessária correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índi de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulaçã de índices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada ou de variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contratos bem como elitiza ainda mais valor da mensalidade do plano de saúde. Ademais, o índice financeiro, como segundo fator de reajuste, visa suprir, além do reajuste dos insumos já negociados com prestadores assistenciais e outros fornecedores da operadora, os impactos das novas coberturas decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos que são aprovadas durante a execução dos contratos, portanto, não precificadas, que de fato não constam no histórico de utilização presen ou passada, mas que farão parte do custo futuro do contrato. O índice financeiro é uma forma de aplicação simplificada do que chamamos de visão prospectiva, ainda que utilizarmos para essa finalidade, não é, na maioria das vezes, suficiente para suprir os incrementos de custos para o próximo períod quando de fato utilizaremos os valores reajustado das contraprestações

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306439	2025-02-07 16:37:29	Operadora
306439	2025-02-07 16:37:29	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306439	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração
306439	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306439	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze r consecutivos;
306439	

Protocolo	Justificativa
306439	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionár da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômi financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figu jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração do índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pelas operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálculo utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entrada para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar o preços por contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento do agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar um aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala que os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução de número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde pública e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.
306439	Inciso V - Letra A: No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajus baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306439	2025-02-07 16:37:29	Operadora
306439	2025-02-07 16:37:29	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306439	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
306439	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306439	
306439	

Protocolo	Justificativa
306439	Inciso V - Letra B: No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operador
306439	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade d existência da administradora de benefícios.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306439	2025-02-07 16:37:29	Operadora
306439	2025-02-07 16:37:29	Operadora
306482	2025-02-07 16:38:08	Interessados no tema

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306439	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
306439	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração
306482	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306439	
306439	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas. § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento
306482	

Protocolo	Justificativa
306439	Inciso VI: Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberdade econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima de 25%, sendo 85% de pequeno porte, 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero ou negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tã expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesas não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade me de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. E patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) ond sinistralidade meta corresponde a (1 – C), sendo “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cada operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabeleci na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistenci diferente uma da outra. Deste modo, não deve ser previamente estabelecida meta de sinistralidade. Portanto, a imposição de uma sinistralidade meta mínin não se justifica. Tal medida limitaria a liberdade econômica das operadoras, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas.
306439	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, 98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Siste Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 1000 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento d 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados e reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo d vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquan pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
306482	A venda direta pelas Operadoras exclui totalmente a capacidade e liberdade de escolha do melhor produto a ser contratado pelo consumidor no mercado. J que cada operadora irá favorecer os seus próprios produtos. Isso, contribui radicalmente para a supressão da livre concorrência entre as operadoras. E somente a figura do corretor especialista em planos de saúde, quem defende os interesses do consumidor, poderá direcionar para a melhor escolha de cobertura.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306472	2025-02-07 16:44:35	Operadora
306472	2025-02-07 16:44:35	Operadora
306486	2025-02-07 16:51:26	Outro
306494	2025-02-07 16:53:29	Prestador

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306472	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
306472	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
306486	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306494	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306472	
306472	
306486	Venho por meio desta desacreditar que as operadoras/seguradoras poderão vender planos de saúde sem os corretores de seguros, se é em nossa profiss tratamos de diversos assuntos diretamente ao cliente aonde nenhuma operadora/seguradora informa aos mesmos, nós junto ao beneficiário analisamos o produto, as melhores condições, aonde ele só estaria contratando um plano que depois de alguns meses ele descobriria que não fornece o mínimo de s necessidades, somos nós corretores de planos de saúde, que no final fazemos uma ou mais empresas de saúde crescer pelas informações que divulga informamos, pesquisamos junto ao cliente o que é melhor para ele, sua empresa, seus familiares e seus funcionários, Venda direta com certeza levará contratações erradas, aonde não poderão cancelar e aproveitar as condições de menos carências já que precisará de um tempo mínimo de contribuições p este direito, além de não falarem da tal fidelidade que está acabando com todos ao mesmo tempo, eu acredito que precisaria de uma audiência publica p fazerem produtos com total transparência pouco visto hoje.
306494	

Protocolo	Justificativa
306472	Entendemos que estabelecer um limite de exposição financeira mensal e anual traduzem em significativo prejuízo às operadoras. Em determinadas situaçõe períodos é cediço que o beneficiário pode utilizar mais o plano e a depender do valor da coparticipação, caso supere o limite, recaíra sobre a operadora o ôr financeiro, o que não é justo. Outro ponto é que em razão desses limites, novos produtos deverão ser registrados para se adequar a norma e fatalmente ficarão mais onerosos e menos acessíveis. Por fim embora a norma estabeleça que as novas regras abrangerão apenas novos contratos, não olvidamos qu haverá um significativo aumento da judicialização em relação aos contratos celebrados anteriormente.
306472	São muitos os procedimentos elencados no anexo e muitas regras. Haverá grande dificuldade inclusive do ponto de vista operacional para implementaçã pelas operadoras.
306486	Venho por meio desta desacreditar que as operadoras/seguradoras poderão vender planos de saúde sem os corretores de seguros, se é em nossa profissã que tratamos de diversos assuntos diretamente ao cliente aonde nenhuma operadora/seguradora informa aos mesmos, nós junto ao beneficiário analisamos melhor produto, as melhores condições, aonde ele só estaria contratando um plano que depois de alguns meses ele descobriria que não fornece o mínimo suas necessidades, somos nós corretores de planos de saúde, que no final fazemos uma ou mais empresas de saúde crescer pelas informações que divulgamos, informamos, pesquisamos junto ao cliente o que é melhor para ele, sua empresa, seus familiares e seus funcionários, Venda direta com certez levará a contratações erradas, aonde não poderão cancelar e aproveitar as condições de menos carências já que precisará de um tempo mínimo de contribuições para ter este direito, além de não falarem da tal fidelidade que está acabando com todos ao mesmo tempo, eu acredito que precisaria de um audiência publica para fazerem produtos com total transparência pouco visto hoje.
306494	Os Corretores de Planos de saúde são muito importante para melhor auxiliar os Beneficiários na escolha de um plano, devido as regras que estudamos mu para melhor condução de cada Beneficiário para cada Operadora no perfil conforme suas necessidades, excluir nós corretores alem de desempregar uma parcela grande da população também vai deixar os beneficiários perdidos na hora de contratar seu plano de saúde. peço que a ANS valorize os profissiona de seguros de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306552	2025-02-07 17:04:31	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306552	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306552	

Protocolo	Justificativa
306552	A Importância do Corretor de Planos de Saúde na Contratação Eletrônica de Planos de Saúde Suplementar Com base no disposto no artigo 2º da Resolução Normativa (RN) nº 413/2016, que determina a obrigatoriedade da oferta de contratação eletrônica para plar privados de assistência à saúde, é essencial destacar o papel fundamental do corretor de planos de saúde no processo de orientação e intermediação junt aos consumidores. A digitalização e a facilitação do acesso aos planos de saúde são avanços importantes, proporcionando maior praticidade ao beneficiário. No entanto, a complexidade das regras contratuais, a variedade de coberturas, as diferenças entre modalidades de contratação e os requisitos normativos exigem um profissional capacitado para esclarecer dúvidas e garantir que o consumidor faça uma escolha consciente e adequada às suas necessidades. O corretor de planos de saúde exerce uma função essencial ao auxiliar o beneficiário na compreensão de carências, rede credenciada, reembolsos, tipos d acomodação hospitalar, abrangência geográfica e demais condições que impactam diretamente na qualidade do serviço contratado. Além disso, o correto garante que o consumidor esteja plenamente ciente de seus direitos e deveres, reduzindo riscos de contratação inadequada e potenciais conflitos futuros Dessa forma, mesmo diante da obrigatoriedade da contratação eletrônica prevista na RN 413/2016, a atuação dos corretores continua indispensável para assegurar que o processo de adesão ocorra de forma segura, transparente e vantajosa para os beneficiários. A intermediação do corretor não apenas valori a experiência do consumidor, mas também contribui para a regulação e estabilidade do mercado de saúde suplementar, garantindo que os planos sejam contratados de maneira responsável e informada.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306577	2025-02-07 17:23:42	Outro
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306577	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306296	- § 7º Para fins da apuração do percentual de reajuste no agrupamento de contratos, a exceção do disposto no art. 49 desta Resolução, a operadora deverá observar estabelecido no caput e § 1º do art. 37. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306577	
306296	

Protocolo	Justificativa
306577	A recente Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que obriga a contratação de planos de saúde exclusivamente por mei eletrônico, representa um golpe profundo na profissão dos corretores de planos de saúde. Essa decisão não apenas desvaloriza o papel essencial desses profissionais, mas também ignora a importância da consultoria especializada no momento da escolha de um plano, colocando em risco a qualidade do atendimento ao consumidor. Os corretores desempenham um papel fundamental no processo de contratação de um plano de saúde. Eles oferecem suporte personalizado, explicam as nuances dos contratos, orientam os clientes sobre as melhores opções para suas necessidades e garantem que os consumidores não sejam prejudicados p cláusulas confusas ou abusivas. Retirar essa intermediação significa deixar o consumidor à mercê de plataformas digitais frias e impessoais, que muitas vez não esclarecem pontos cruciais das coberturas oferecidas. Além disso, essa medida tem um impacto social devastador, pois coloca em risco milhares de empregos e o sustento de inúmeras famílias que dependem dessa profissão. Em um país onde o desemprego já é uma preocupação constante, enfraquecer uma categoria profissional dessa forma é, no mínimo, irresponsável. Outro ponto preocupante é que a digitalização forçada pode excluir uma parcela significativa da população, especialmente idosos e pessoas com menor familiaridade com tecnologia, que encontram no corretor um apoio fundamental para entender e contratar um plano adequado. A imposição de um modelo exclusivamente eletrônico pode criar barreiras desnecessárias para esses consumidores, dificultando ainda mais o acesso à saúde suplementar. Portanto, é inaceitável que a ANS adote uma postura que privilegia a automatização em detrimento da humanização do atendimento. A regulamentação deveria buscar equilíbrio entre inovação tecnológica e a valorização da intermediação profissional, garantindo que a população continue tendo acesso a um serviço qualificado e humanizado. A revogação ou revisão dessa medida é essencial para evitar um prejuízo irreparável tanto para os corretores quanto para consumidores. É hora de reagir contra essa normativa injusta e lutar pela valorização dos corretores de planos de saúde.
306296	Quaisquer alterações que a ANS venha a promover, ainda que se pudesse as ter como legítimas, somente poderão incidir sobre contratos novos, sendo preservados os termos livremente pactuados nos contratos já celebrados, sob pena de violação ao ato jurídico perfeito. A minuta de resolução normativa, contudo, é silente quanto ao ponto. A Constituição estipula, em seu art. 5º, XXXVI, que “a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a co julgada”, o que consta também do art. 6º da LINDB. Trata-se de regra de direito intertemporal que tem por objetivo resguardar a segurança jurídica, a confiança legítima e a estabilidade das relações sociais e econômicas. Não é dado ao Estado promover reconfigurações legislativas que prejudiquem o qu ficou estipulado no passado. As relações contratuais inserem-se no escopo dessa especial proteção constitucional. Os contratos são celebrados a partir da suposição das partes de que as condições subjacentes à pactuação – dentre as quais, a moldura jurídica – serão conservadas. Isto é: se um ato ou negóc jurídico seguiu as exigências legais vigentes à época da sua formação, lei posterior não poderá, em regra, retroagir para afetar aquele ato ou ajuste concretizado. É assim que se diz que contratos são atos jurídicos perfeitos, que gozam da proteção do art. 5º, XXXVI da Constituição.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306296	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306296	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306296	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Exclusão
306296	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306296	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais ao agrupamento de contratos descrito n desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade debeneficiários a ser considerada para a formação do agrupamer
306296	
306296	
306296	

Protocolo	Justificativa
306296	A ampliação do número de vidas para que o contrato componha o pool trará efeito contrário ao pretendido pela ANS. Isso porque passará a reunir contrato completamente distintos, com regras distintas de carência e CPT, estimulando a rescisão dos contratos maiores com boa performance caso não seja possív a aplicação de bandas. Já os contratos maiores com sinistralidade elevada tenderão a permanecer para se beneficiarem do subsídio dos contratos menore Contratos maiores pertencentes ao agrupamento não terão incentivo a adotar práticas de gestão eficiente, pois estariam sendo beneficiados pelo demais contratos. Num primeiro momento o agrupamento poderia reunir contratos com até 99 vidas e com a adoção de bandas. A ANS poderá monitorar os efeitos que possivelmente serão suficientes para alcançar os objetivos pretendidos. Deverá haver no mínimo dois agrupamentos, um para contratos coletivos empresariais e outro para adesão, por possuírem perfis, estrutura de custos e risc distintos. Deverá ser considerado o nº de vidas por associação. A proposta contraria ao disposto na Lei da Liberdade Econômica.
306296	Deverá ser observado o numero limite do contrato da associação para a composição ao agrupamento
306296	Exclusão do § 1: A proposta de exclusão do parágrafo primeiro se justifica ao restringir a liberdade contratual das partes, impondo que a rescisão de contrat de planos de saúde coletivos ocorra somente na data de aniversário do contrato (exceto em casos de ilegitimidade ou inadimplência), a proposta colide cor princípios basilares do direito civil, como a autonomia da vontade, a liberdade contratual e a força obrigatória dos contratos. Além disso, a imposição de un prazo fixo para rescisão mostra-se desarrazoada, limitando indevidamente a flexibilidade nas relações contratuais. Por fim, a possibilidade de rescisão imedi em casos de fraude é crucial para garantir a segurança jurídica e a equidade, protegendo a operadora de condutas ilícitas. Exclusão do § 2º: A proposta de exclusão do parágrafo se justifica ao contrariar a teoria da onerosidade excessiva (art. 478 a 480 do CC), impondo às operadoras um custo excessivo em caso de inadimplência, especialmente diante de fatos supervenientes. A proposta de alteração regulatória gera um desequilíbrio contratual que pode inviabilizar a prestação de serviços, prejudicando tanto operadoras quanto beneficiários. Esta previsão não foi objetivo de análise na AIR. Ainda, a RN 593, publicada em 2024, já dispõe sobre as regras de comunicação em caso de inadimplência.
306296	Exclusão do parágrafo único. Justificativa: As contrapartidas devem estar previstas na resolução normativa para que haja um ambiente com segurança jurídica e previsibilidade.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306296	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
306296	- § 2º No documento previsto no parágrafo 1º, a informação tratada no inciso III do caput deste ar□go deverá especificar o valor para pagamento do beneficiário e o valor da mensalidade do mês anterior. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306296	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
306296	- § 1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um profissional de saúde pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário. (Redação dada pela Resolução Normativa nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306296	
306296	§ 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagam beneficiário.
306296	Art. 8º Esta Resolução entrará em vigor em 90 dias a contar da data de sua publicação.
306296	§ 1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profis da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Protocolo	Justificativa
306296	Exclusão do inciso I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de sua atividades; Justificativa: Exigir que a operadora com um todo tenha sua solvência ameaçada, é uma situação limite que nem mesmo a Revisão técnica reverterá. A operadora deverá comprovar que está na iminência ou já não possui condições de cumprir suas obrigações financeiras. O dano reputacional agravará a situação da operadora que simplesmente declarar estar com ameaça à sua solvência, e que esteja em risco a continuação de suas atividades, situação em que os contratantes migrarão imediatamente para outra operadora, agravando ainda mais o risco dessa operadora. Situações de ameaça à insolvência tenderão a se concretizar em curto espaço de tempo. Exclusão do inciso III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médi hospitalar. Justificativa: A contrapartida à concessão da Revisão Técnica à comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médic hospitalar não deve prosperar. Trata-se de atividade econômica privada (art. 199 da CRFB) e, por isso, as operadoras gozam de liberdade econômica (arts. IV, e 170, caput, da CRFB). Deve ser preservado o direito constitucional da operadora atuar em segmentos que pretenda atuar e não assumir outros que ofereçam elevado risco como carteira de planos individuais, fruto do excesso de regulação e reajustes inferiores à real necessidade da carteira. O envelhecimento da carteira é corrigido com a aplicação das faixas etárias e não necessariamente com sua comercialização. É de se esperar que num primeiro momento haja uma artificial suavização da situação por conta das carências dos novos contratos, mas na sequência com reajustes únicos, que nã atendem a metade das operadoras o será observado novamente desequilíbrio.
306296	O beneficiário já possui a informação acerca do valor da mensalidade do mês anterior em vários locais, adicionalmente pode solicitar à operadora, tal obrigação imputa um custo operacional muito elevado. A norma imputa um custo operacional muito elevado a todos os contratos em especial aos odontológicos que possuem margens muito baixas.
306296	Dada a consistente e elevada sinistralidade das carteiras de planos individuais e familiares e o risco que confere ao sistema, aguardar um 1 (um) ano para vigência da norma mostra-se desarrazoavel.
306296	A SulAmérica propõe manter a redação atual, que concede exclusivamente ao médico a prerrogativa de conduzir a entrevista qualificada para o preenchime da declaração de saúde. A finalidade dessa entrevista é garantir o correto registro de doenças e lesões preexistentes na declaração de saúde, evitando informações falsas que podem gerar graves consequências para o beneficiário, como a suspensão ou rescisão do contrato. A exigência de um médico se justifica pela necessidade de expertise para compreender todos os aspectos do tema. Portanto, a pretensão de ampliar o rol da norma para abarcar todos o profissionais de saúde carece de motivação adequada pela ANS, que não esclareceu de que forma a alteração normativa facilitaria ou incrementaria a acurá das declarações de saúde. Essa proposta viola a Lei Federal nº 12.842/2013, que define a atestação médica como atividade privativa do médico. Além de ilegal, a ampliação é irrazoável, pois é incompatível com o objetivo da entrevista qualificada e aumenta o risco de erros e fraudes e não considerados pela A na AIR) no preenchimento das declarações, elevando os custos das operadoras e do seguro saúde. Basta ver que a lista de profissionais de saúde é extensa e inclui profissões sem relação com o preenchimento de declarações de saúde. como fonoaudiólog fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, por intermédio da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, s considerados profissionais de saúde: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306296	- II - a data, o percentual do reajuste aplicado ao contrato cole□vo e sua previsão contratual; (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) III - o valor cobrado; e IV - que o reajuste será comunicado à ANS pela internet, por meio de aplica□vo, nos prazos determinados pela Instrução Norma□va nº 13, de 21 de julho de 2006, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, ou em norma que vier a sucedê-la.	Alteração
306296	- I - os percentuais de reajuste aplicados; e (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) II - as alterações de coparticipação e franquia.	Alteração
306296	- Art. 6º A ANS definirá em Instrução Norma□va como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.	Alteração
306296	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306296	II - a data e percentual do reajuste aplicado ao contrato coletivo;
306296	I - os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e
306296	Art 6º A operadora poderá aplicar índice de reequilíbrio diferenciados por contrato ou grupo de contratos de forma que o reajuste médio equivalha ao índi equilíbrio necessário, e não poderá ser diferenciado por beneficiário ou por faixa etária, o critério do agrupamento deve ser detalhado pelo atuário, observa diretrizes estabelecidas pelo CPA nº 39 do Insituto Brasileiro de Atuária - IBA.
306296	

Protocolo	Justificativa
306296	As informações contratuais podem ser acessadas por diversos meios. Cada contrato dos milhares que as operadoras possuem, preveem tais infomrações e artigos próprios, não seria exequível identificar um a um para pestar a informação que o beneficiário pode acessar por vários outros meios. A norma imputa custo operacional muito elevado a todos os contratos em especial aos odontológicos que possuem margens muito baixas.
306296	A aplicação de um único índice perpetuará o desequilíbrio dos contratos que estiverem com sinistralidade acima do previsto tecnicamente e estabelecida e contrato. É necessário prever a aplicação de reajuste complementar para alcançar a sinistralidade esperada e manter o contrato equilibrado no período subsequente. De forma contrária o contrato pode ser rescindido pelo contratante imputando prejuízo à operadora.
306296	A minuta de resolução disponibilizada para contribuição deveria conter todas as informações que possibilitem a contribuição social, no entanto, não foi compartilhada a Instrução Normativa para que a sociedade pudesse contribuir. O CPA nº 39 do IBA contém as todas as diretrizes para mensuração do desequilíbrio e forma de aplicação da Revisão Técnica e deverá ser observado pel ANS.
306296	Exclusão do paragrafo único do art. 2. Diferentemente do apresentado na AIR e ARR a SulAmérica entende que a venda online não reduzirá custos em funç do aumento dos riscos e deveriam ter sido considerados nas análises de impacto e resultado regulatório. As operadoras que não adotam esse sistema precisarão investir em infraestrutura, recursos humanos e consultoria cibernética para garantir atendimento e segurança das informações transmitidas, além aumento potencial de fraudes eletrônicas. A facultatividade é a melhor opção, permitindo que cada operadora avalie os canais adequados ao seu modelo de negócios, considerando custos e riscos Além disso as seguradoras têm de manter o pagamento de comissões. Alterações que abrangem mudanças operacionais, metodologias de reajuste e novas práticas comerciais. Esses custos podem gerar dificuldades econômic significativas e até inviabilizar a operação de algumas operadoras. A proposta de obrigatoriedade da venda online contraria a Lei nº 13.874/2019, garante a liberdade econômica e restringe a intervenção estatal. A contratação de planos de saúde exige análise detalhada de rede, prestadores, abrangência, cobertura e condições específicas de cada produto e a vend online sem auxílio técnico pode comprometer essa análise, prejudicando o beneficiário, agravando a assimetria de informação e aumentando os litígios judiciais. A comparação entre os mais diversos planos ofertados é complexa, deve contar com a ajuda do corretor, que é o profissional habilitado, oferece planos d várias operadoras e auxilia na identificação do produto que melhor atende as necessidades do contratante. A venda online não deve ser incentivada para serviços de saúde, pois pode levar a contratação por impulso e posterior arrependimento com cancelamento compra. A recuperação de valores dos serviços realizados nos primeiros 7 dias será se não difícil, impossível, pois o contrato já estará cancelado e o valo proporcional à contraprestação pecuniária dos cerca de 23 dias já devolvido ao contratante, visto que os eventos são notificados às operadoras meses após utilização. Ademais, a prática do direito de arrependimento em serviços de saúde pode incentivar comportamentos inadequados e oportunistas, encarecend os planos já afetados por outros custos. No que tange sobre a possibilidade de contratação sem intermediários aventada no AIR, entende-se que pode agravar a assimetria de informação e aumen litígios judiciais. A proteção de dados pessoais na venda online também é uma preocupação devido à sensibilidade das informações, gerando desafios de conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e custos para as operadoras. Sendo assim, a imposição da venda online viola o Princípio da Legalidade (art. 5º, II, da CFRB), pois não há norma legal nesse sentido, sendo tal competên privativa da União, além de ferir a livre iniciativa e a liberdade econômica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306296	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Alteração
306296	- I - deverão constar do contrato: (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Minuta de Norma - Reajuste Coletivo - RN 565/2022 alterada (31143141) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306296	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Exclusão
306296	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
306296	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração
306296	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306296	Inciso III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidad carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais, provisões e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecu anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato;
306296	Alínea a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice defin contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos, salvo nos contratos com vigência inferior a doze meses, situação em que o critério de r deverá observar o estabelecido em contrato; e
306296	
306296	
306296	Art. 3º Para que sejam elegíveis ao instituto da Revisão Técnica as operadoras devem apresentar desequilíbrios econômico-financeiros da carteira de pla individuais ou familiares ou em agrupamento de planos individuais ou familiares da operadora;
306296	Art 5º O índice a ser aplicado deverá estar limitado à recondução da sinistralidade ao índice previsto em Nota Técnica ou em Estudo Técnico elaborado por a com base em aspectos prospectivos, devendo ser considerada a carteira de contratos individuais ou familiares ou o agrupamento desses contratos em dese os dados deverão ser auditados por auditoria independente registrada na CVM e observadas as diretrizes estabelecidas pelo CPA nº 39 do Insituto Brasile Atuária.

Protocolo	Justificativa
306296	Para o correto cálculo da sinistralidade também devem ser consideradas as provisões. Lembramos que esta previsão não foi objeto de análise econômico financeiro na AIR.
306296	Para os contratos que não tenham 12 meses de vigência para apuração, a regra deve ser pactuada e estabelecida em contrato. Esta previsão não foi objetivo de análise na AIR.
306296	Exclusão apenas do Parágrafo único. Justificativa: incorporado no caput.
306296	Exclusão do inciso III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Justificativa: A contrapartida à concessão da Revisão Técnica à comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médic hospitalar não deve prosperar. Trata-se de atividade econômica privada (art. 199 da CRFB) e, por isso, as operadoras gozam de liberdade econômica (arts. IV, e 170, caput, da CRFB). Deve ser preservado o direito constitucional da operadora atuar em segmentos que pretenda atuar e não assumir outros que ofereçam elevado risco como carteira de planos individuais, fruto do excesso de regulação e reajustes inferiores à real necessidade da carteira. O envelhecimento da carteira é corrigido com a aplicação das faixas etárias e não necessariamente com sua comercialização. É de se esperar que num primeiro momento haja uma artificial suavização da situação por conta das carências dos novos contratos, mas na sequência com reajustes únicos, que nã atendem a metade das operadoras o será observado novamente desequilíbrio.
306296	A metodologia da ANS por autorizar reajuste único a planos individuais e familiares e por não considerar especificidades dos planos, atende as ops que varia abaixo o índice, mas para a metade das carteiras que varia acima da medida central o reajuste é insuficiente e deve ter um instrumento de reequilibre. Des forma, deve haver alternativas para o equilíbrio dos contratos quando o reajuste autorizado se mostra insuficiente e cabe à ANS a missão institucional de tut do setor. Exigir que a operadora com um todo tenha sua solvência ameaçada, é uma situação limite que nem mesmo a Revisão técnica reverterá. A operadora deve comprovar que está na iminência ou já não possui condições de cumprir suas obrigações financeiras. O dano reputacional agravará a situação da operado que simplesmente declarar estar com ameaça à sua solvência, e que esteja em risco a continuação de suas atividades, situação em que os contratantes migrarão imediatamente para outra operadora, agravando ainda mais o risco dessa operadora. Situações de ameaça à insolvência tenderão a se concretiz em curto espaço de tempo.
306296	A minuta de resolução disponibilizada para contribuição deveria conter todas as informações que possibilitem a contribuição social, no entanto, não foi compartilhada a Instrução Normativa para que a sociedade pudesse contribuir. O CPA nº 39 do IBA contém as todas as diretrizes para mensuração do desequilíbrio e forma de aplicação da Revisão Técnica e deverá ser observado pel ANS.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306296	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
306296	- Art. 17-A O descumprimento do disposto nesta Resolução implicará nas sanções previstas em norma□vos da ANS. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306296	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306296	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Alteração
306296	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306296	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá apresentar resposta conclusiva em até 45 dias, sob pena do pleito ser considerado tacitar aprovado.
306296	
306296	IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenc provisões e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses determinados em contrato;
306296	Inciso II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice claro e explícito, conforme definido em contrato e divulgado em área logada contratante, no Portal da Operadora;
306296	

Protocolo	Justificativa
306296	A minuta não define elementos básicos da revisão técnica, como metodologia, processo e documentos necessários. Isso impede a participação da sociedad na criação da norma e permite que a ANS edite instruções normativas sem análise de impacto e diálogo com o setor. A ANS pretende tratar a regulamentaç por meio de Instrução Normativa (IN) após a revogação do Decreto nº 10.139/2019, que passou a ser utilizado apenas para atos de autoridades singulares, não de órgãos colegiados. A minuta menciona que a IN virá por meio da DIPRO (autoridade singular), sem passar pela Diretoria Colegiada. O texto defend que os dispositivos da IN sejam públicos, em respeito ao princípio da transparência, para contribuir com a elaboração do documento. Ressaltamos, que o Cl nº 39 do IBA contém as todas as diretrizes para mensuração do desequilíbrio e forma de aplicação da Revisão Técnica e deverá ser observado pela ANS
306296	A proposta da SulAmérica é de excluir a obrigatoriedade da venda online, logo o dispositivo em questão também deve ser excluído, já que a facultatividade torna as sanções inaplicáveis. No entanto, é crucial que as sanções aplicáveis na norma que institui a obrigação sejam previamente conhecidas, permitind que o setor regulado avalie os possíveis impactos, a razoabilidade e a proporcionalidade da norma.
306296	Para o correto cálculo da sinistralidade devem ser consideradas as provisões, assim como considerado o período estabelecido em contrato, visto que nos primeiros meses de contratos a sinistralidade da integralidade dos meses não reflete a real utilização.Lembramos que esta previsão não foi objeto de anális econômico-financeiro na AIR.
306296	Devem ser respeitadas a liberdade contratual e a livre negociação entre as partes previstos na Lei de Liberdade Econômica. Deve ser admitida a eleição d índice que reflita a variação dos custos e frequências devidamente refletido em contrato. A Lei nº 9.656/98 prevê expressamente a possibilidade da aplicaç de reajuste e revisão aos contratos.
306296	Cada contrato possui um nível de equilíbrio distinto e, portanto, é tecnicamente recomendável a adoção de índices de sinistralidade distintos. A composição preço, e desta forma o índice de equilíbrio entre despesas assistenciais e as demais, é definida na NTRP pelo atuário e devidamente registrada na ANS, a composição prevista deve continuar sendo preservada, para além da contratação, mas ao longo de toda vigência do contrato. Não há como estabelecer uma meta mínima adequada para todos os contratantes de todas as operadoras. A operadora deve ser instada a apresentar justificativas à ANS em situações em que sejam adotados índices em que agência entenda ser baixos. O mercado de contratos coletivos é altamente competitivo, em especial nos contratos com 30 beneficiários ou mais, reajustes elevados implicam na migraç do produto. A estipulação e limite mínimo terá efeito na tabela de preço de venda. As margens do setor são baixas e não há, para os contratos fora do agrupamento, como imputar subsídio de planos coletivos que possuam índice de equilíb mais alto aos demais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306296	- § 2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por profissional de saúde não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista. (Redação dada pela Resolução Normativa nº XX, de 20XX)	Alteração
306296	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306296	§ 2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desc assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
306296	É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.

Protocolo	Justificativa
306296	A SulAmérica propõe manter a redação atual, que concede exclusivamente ao médico a prerrogativa de conduzir a entrevista qualificada para o preenchime da declaração de saúde. A finalidade dessa entrevista é garantir o correto registro de doenças e lesões preexistentes na declaração de saúde, evitando informações falsas que podem gerar graves consequências para o beneficiário, como a suspensão ou rescisão do contrato. A exigência de um médico se justifica pela necessidade de expertise para compreender todos os aspectos do tema. Portanto, a pretensão de ampliar o rol da norma para abarcar todos o profissionais de saúde carece de motivação adequada pela ANS, que não esclareceu de que forma a alteração normativa facilitaria ou incrementaria a acurá das declarações de saúde. Essa proposta viola a Lei Federal nº 12.842/2013, que define a atestação médica como atividade privativa do médico. Além de ilegal, a ampliação é irrazoável, pois é incompatível com o objetivo da entrevista qualificada e aumenta o risco de erros e fraudes e não considerados pela A na AIR) no preenchimento das declarações, elevando os custos das operadoras e do seguro saúde. Basta ver que a lista de profissionais de saúde é extensa e inclui profissões sem relação com o preenchimento de declarações de saúde. como fonoaudiólog fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, por intermédio da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, s considerados profissionais de saúde: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas.
306296	Apesar do pouco tempo conferido à sociedade para avaliar todos os impactos dos 4 temas de elevado impacto para o setor reunidos na Política submetida sociedade por meio da CP 145, seguem ao longo do material as contribuições da SulAmérica. Diferentemente do apresentado na AIR e ARR, a SulAmérica entende que a venda online não reduzirá custos em função do aumento dos riscos e deveriam ter sido considerados nas análises de impacto e resultado regulatório. As operadoras que não adotam esse sistema precisarão investir em infraestrutura, recursos humanos e consultoria cibernética para garantir atendimento e segurança das informações transmitidas, além do aumento potencial de fraudes eletrônicas. A facultatividade é a melhor opção, permitindo que cada operadora avalie os canais adequados ao seu modelo de negócios, considerando custos e riscos Além disso as seguradoras têm de manter o pagamento de comissões. Alterações que abrangem mudanças operacionais, metodologias de reajuste e novas práticas comerciais. Esses custos podem gerar dificuldades econômic significativas e até inviabilizar a operação de algumas operadoras. A proposta de obrigatoriedade da venda online contraria a Lei nº 13.874/2019, garante a liberdade econômica e restringe a intervenção estatal. A contratação de planos de saúde exige análise detalhada de rede, prestadores, abrangência, cobertura e condições específicas de cada produto e a vend online sem auxílio técnico pode comprometer essa análise, prejudicando o beneficiário, agravando a assimetria de informação e aumentando os litígios judiciais. A comparação entre os mais diversos planos ofertados é complexa, deve contar com a ajuda do corretor, que é o profissional habilitado, oferece planos d várias operadoras e auxilia na identificação do produto que melhor atende as necessidades do contratante. A venda online não deve ser incentivada para serviços de saúde, pois pode levar a contratação por impulso e posterior arrependimento com cancelamento compra. A recuperação de valores dos serviços realizados nos primeiros 7 dias será se não difícil, impossível, pois o contrato já estará cancelado e o valo proporcional à contraprestação pecuniária dos cerca de 23 dias já devolvido ao contratante, visto que os eventos são notificados às operadoras meses após utilização. Ademais, a prática do direito de arrependimento em serviços de saúde pode incentivar comportamentos inadequados e oportunistas, encarecend os planos já afetados por outros custos. No que tange sobre a possibilidade de contratação sem intermediários aventada no AIR, entende-se que pode agravar a assimetria de informação e aumen litígios judiciais. A proteção de dados pessoais na venda online também é uma preocupação devido à sensibilidade das informações, gerando desafios de conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e custos para as operadoras. Sendo assim, a imposição da venda online viola o Princípio da Legalidade (art. 5º, II, da CFRB), pois não há norma legal nesse sentido, sendo tal competên privativa da União, além de ferir a livre iniciativa e a liberdade econômica."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306296	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306296	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306296	Art. 37 É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar ao menos dois agrupamentos com os seus contratos coletivos por ac os seus contratos coletivos empresariais para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.
306296	Alteração no inciso I - Informar que os beneficiários de planos individuais e familiares, independente da data da celebração do contrato, têm direito à portabi ofertá-la quando possuir planos ativos em comercialização;

Protocolo	Justificativa
306296	A ampliação do número de vidas para que o contrato componha o pool trará efeito contrário ao pretendido pela ANS. Isso porque passará a reunir contrato completamente distintos, com regras distintas de carência e CPT, estimulando a rescisão dos contratos maiores com boa performance caso não seja possív a aplicação de bandas. Já os contratos maiores com sinistralidade elevada tenderão a permanecer para se beneficiarem do subsídio dos contratos menore Contratos maiores pertencentes ao agrupamento não terão incentivo a adotar práticas de gestão eficiente, pois estariam sendo beneficiados pelo demais contratos. Num primeiro momento o agrupamento poderia reunir contratos com até 99 vidas e com a adoção de bandas. A ANS poderá monitorar os efeitos que possivelmente serão suficientes para alcançar os objetivos pretendidos. Deverá haver no mínimo dois agrupamentos, um para contratos coletivos empresariais e outro para adesão, por possuírem perfis, estrutura de custos e risc distintos. Deverá ser considerado o nº de vidas por associação. A proposta contraria ao disposto na Lei da Liberdade Econômica.
306296	O relatório da AIR não traz levantamentos (ou mesmo considerações) a respeito dos impactos que tais condicionantes, que representam custos adicionais impostos às operadoras, trariam para a efetividade da revisão técnica. Simplesmente se ignora o fato de que tais imposições incrementariam significativame os ônus financeiros de empresas já em situação de grave desequilíbrio. Tampouco há qualquer justificativa que demonstre a correlação entre a oferta online produtos e a maior efetividade da revisão técnica. Pelo contrário. A implementação de vendas na modalidade on-line demanda custos administrativos e adaptações operacionais, além de incrementar riscos referentes à maior possibilidade de fraudes ou cancelamentos, de um lado, e à gestão de dados sensíveis dos beneficiários pela empresa, de outro. O uso das contrapartidas como meio de buscar fins regulatórios diversos daqueles visados pela revisão técnica implica desvio de finalidade do instituto. A exigência da oferta de planos individuais na modalidade online como contrapartida para a concessão de revisão técnica não parece ser razoável, pois vio os princípios constitucionais da livre iniciativa e da Lei nº 13.874/2019. Além disso, é economicamente insustentável que uma carteira subsidie outra, distorcendo o equilíbrio financeiro do setor. Cada carteira deve garantir sua própria sustentabilidade e cumprir as normas da ANS. Importante salientar que r há previsão legal que determine que as Operadoras comercializem planos individuais, cabendo realçar o disposto no artigo 5º, inciso II da Constituição Fede de 1988. Esse entendimento é reconhecido inclusive na jurisprudência, cabendo citar avaliação do ministro do STJ, de não poder ser considerada ilegal a atitude das operadoras que se negam a comercializar plano individual porque só atuam no segmento de planos coletivos, como se observa no RECURSO ESPECIAL Nº 1.924.526 - PE (2020/0212586-9). Não é ilegal a recusa de operadoras de planos de saúde de comercializarem planos individuais por atuare apenas no segmento de planos coletivos. Não há norma legal obrigando-as a atuar em determinado ramo de plano de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora
306296	2025-02-07 17:29:03	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306296	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
306296	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306296	Art. 1º A Revisão Técnica aplica-se a todos os planos individuais ou familiares, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, mantidos pelas ope definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, independente da data da celebração do contrato deverá observar o disposto nesta Resolução No
306296	

Protocolo	Justificativa
306296	Apesar do pouco tempo conferido para avaliar todos os impactos dos 4 temas de elevado impacto para o setor reunidos na Política submetida à sociedade p meio da CP 145, seguem ao longo do material as contribuições da Sul América. O instrumento Revisão Técnica foi previsto nas Leis nº9.656/1998 e nº 9.961/2000 e é uma ferramenta regulatória para assegurar a sustentabilidade financ dos contratos que ameacem sua execução. A efetividade desse instituto impõe segurança jurídica para todo o setor. A revisão técnica deve ser concedida todos os planos individuais e familiares, independente da data da celebração do contrato, que demonstrem desequilíbrio econômico-financeiro. Inclusive o planos alcançados pelos Termos de Compromissos firmados entre ANS e operadoras entre 2004 e 2005 referentes aos reajustes autorizados. A Adin 1931 de setembro de 2003 não veda o exercício do direito à aplicação de reajuste e revisão técnica previstos em planos antigos. Motivo pelo qual, após profund análise dos impactos da referida Adin, a ANS em 2004 facultou a todas as operadoras a celebração de TC entre 2004 e 2005 para que fossem submetidas agência as cláusulas de reajustes e revisões de planos antigos para que a ANS passasse a autorizar esses ajustes, reforço que nele há a previsão de revis técnica para planos antigos. Além disso, a inclusão expressa dos contratos abarcados pelos Termos de Compromisso no âmbito de aplicação da norma é medida que fortalece essa dire de segurança jurídica. Aliás, um dos objetivos da celebração dos Termos de Compromisso foi conferir segurança jurídica e equilíbrio econômico-financeiro a planos ali contemplados. A inclusão expressa está em linha com a sua aplicabilidade aos contratos abarcados pela Súmula Normativa nº 05, já que esta e os Termos de Compromis firmados entre 2004 e 2005 compõem um sistema de medidas implementadas pela ANS para conferir previsibilidade, transparência e sustentabilidade aos planos anteriores à Lei nº 9.656/1998, o que impõe seu tratamento isonômico pela Agência (art. 1º, 5º, caput e LIV e 37, caput, da CRFB). Assim, a RT deve alcançar todas as carteiras de contratos individuais ou familiares, celebrados ou adaptados anterior ou posteriormente à vigência da Lei n 9.656/98, que estejam em desequilíbrio pelo princípio da onerosidade excessiva previstos no Código Civil e no CDC. Não devem ser perpetuados desequilíbrios nas carteiras de planos individuais sejam eles adaptados ou não à Lei nº 9.656/98. A metodologia da ANS por autorizar reajuste único a planos individuais e familiarese não considerar especificidades dos planos, atende as ops que varian abaixo o índice, mas para a metade das carteiras que vaira acima da medida central o reajuste é insuficiente e deve ter um instrumento de reequilibre. A metodologia de reajuste não observa a região, o tipo de produto a safra da carteira, dentre outras características que explicam variações distintas. Há carteiras amargando prejuízos por anos sem que haja sinalização de reequilíbrio.
306296	Exclusão da al´inea a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser utilizado índice de preço; e b) nos casos em que for utilizado índice de preço não poderá ser utilizado percentual por meta de sinistralidade. Justificativa: A aplicação de um único índice perpetuará o desequilíbrio dos contratos que estiverem com sinistralidade acima do previsto tecnicamente e estabelecida em contrato. É necessário prever a aplicação de reajuste complementar para alcançar a sinistralidade esperada e manter o contrato equilibra no período subsequente. De forma contrária o contrato pode ser rescindido pelo contratante imputando prejuízo à operadora. As carteiras de contratos médi hospitalares e de odontológicos apresentarão significativa piora e inviabilizarão alguns produtos. Ainda, não houve análise dos impactos econômico-financei das alterações na AIR.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306256	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
306256	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
306256	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306256	
306256	Esta resolução entrará em vigor em 12 (doze) meses após a sua publicação.
306256	

Protocolo	Justificativa
306256	Vale ressaltar que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, O saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes. Esta propostas poderão gerar efeitos catastófricos no mercado, especialmente para planos coletivos em que muitas empresas deixarão de oferecer a assistênci médica aos seus colaboradores, podendo inclusive optarem em contratar cartões de descontos.
306256	Na hipótese em que seja publicada Resolução que a entrada em vigor ocorra no prazo de 12 (doze meses) a contar da publicação. É necessário tempo para implementação das medidas, considerando a necessidades de ajustes internaos e de sistema de gestão.
306256	Excluir o parágrafo único do artigo 13 Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o at jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes dever ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca-se ainda que, o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo-se as características do produto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306256	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306256	

Protocolo	Justificativa
306256	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$xxx.xx, (calculado atuarialmente) considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo Caso seja mantido, deve alterado para: Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Normativa, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções coletivas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente; ou livre negociação entre as partes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306256	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306256	§2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não p ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

Protocolo	Justificativa
306256	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$xxx,xx, (calculado atuarialmente) considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306256	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
306256	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
306256	Alteração do Inciso I do artigo 6º I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;
306256	Inclusão de novo parágrafo §6º É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Protocolo	Justificativa
306256	Razões: A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretan defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as algumas operadoras, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líqui equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido. (Estudo realizado pelas Unimeds de Santa Catarina
306256	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. Além desta prática prejudicar outros beneficiários que necessitam da assistência. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. operadora mesmo realizando diversas campanhas de conscientização não consegue resolver o problema. Além disso, esta tem a obrigação de garantir a cobertura dentros dos prazos regulamentares previstos na RN 566, tal conduta de não cancelar a consulta com antecedência traz impactos a todos envolvid Este assunto é importante ser discutido amplamente pela ANS. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador. Todavia, conforme exposto não há por parte dos consumidores compromisso de com antecedência cancelarem o agendamento.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306256	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
306256	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306256	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o VALOR aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiza
306256	

Protocolo	Justificativa
306256	Inciso II do artigo 8º Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só co as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
306256	Inciso III - excluir A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretan defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores calculados atuarialmente. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador, além do cancelamento de planos coletivos e/ou não contratação de novos planos já que certamente haverá repasse deste custo nas novas tabelas de comercializações de planos e nos cálculos da sinistralidade das carteiras existentes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306256	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306256	

Protocolo	Justificativa
306256	Inciso II - Limite mensal - razões expostas a seguir: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior xxx,xx (cálculo realizado por atuário), considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e qua ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviáv para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306256	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306256	Alterar Inciso I do artigo 8º para: I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz

Protocolo	Justificativa
306256	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. só no para as Unimeds do Estado de Sar Catarina. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impac será de mais de 413 milhões de reais, sem considerar os demais Estados da Federação. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306256	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306256	

Protocolo	Justificativa
306256	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais, se contar com os demais estados. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e ma capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimento, o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização d sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúd ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acesso a esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306256	- § 2º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, até o 30º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma. § 3º Após o 31º dia de internação, consecu□vos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar copar□cipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306256	Não foi incluído o §3º § 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobr coparticipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma. Alterar para: § 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perc sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.

Protocolo	Justificativa
306256	Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em percentua sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%. Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores/percentual Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$xxx,xx, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com a Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 1(milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas são ainda mais alarmantes chegando a um aumento nc custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. (Estudo realizado pelas Unimeds de Santa Catarina) De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306256	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306256	

Protocolo	Justificativa
306256	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores., cu teto deve ser realizado mediante estudo atuarial. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$ XXX (Calculo feito pelo atuário) considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Do mesmo modo, em Minas Gerais estima-se aumento da frequência. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvênc de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade isenções. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306256	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306256	

Protocolo	Justificativa
306256	Exclusão do Inciso I - Limite anual pelas seguintes razões: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior xxx,xx (cálculo realizado por atuário), considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e qua ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviáv para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306256	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
306256	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão
306256	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
306256	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306256	
306256	Inclusão de parágrafo após o §4º 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colos entre outros insumos inerentes.
306256	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.
306256	

Protocolo	Justificativa
306256	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial., além do que este prejuízo será incluído no preço de tabela dos novos planos a serem comercializados, tornando os planos de saúde mais inacessíveis. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário d contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário d contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil.
306256	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas. Junto com estes ite assistenciais por vezes há honorário médico envolvido no procedimento.
306256	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos deve prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.
306256	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a ANS não deve disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processuais e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306256	2025-02-07 17:29:18	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306256	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306256	

Protocolo	Justificativa
306256	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. Estudo realizado pela Unimed Federação Minas de acordo com estudo atuarial realizado com informações de setembro/2023 e agosto/2024, de produtos coparticipativos considerando todas as contratações; Uma vez que cada grupo de mudanças possui uma lógica específica (especialmente no de isenções), cada sugestão descrita pela Agência será analisada separadamente; Com os resultados assistenciais, o impacto será medido pela redução de coparticipação sobre cada uma; Ao final, serão discutidos alguns aspectos operacionais importantes, que aumentarão os custos não assistenciais ou administrativos relativos à implantação manutenção destas regras. De acordo com os grupos de isenções de procedimentos previstas na minuta de resolução foi projetada uma sinistralidade de 79,13%. Além disso, o impac das isenções em pronto atendimento com sinistralidade projetada de 77,53% e em relação ao percentual de 30% de coparticipação definido na minuta foi calculado uma sinistralidade projetada de 81,24% e por fim em relação aos limites de exposição financeira mensal e anual sinistralidade projetada de 83,25 Além deste estudo, foi elaborado também o mesmo estudo pelas Unimeds do Estado de Santa Catarina, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contratos em preço preestabelecido, coparticipativos verificou-se um impacto de mais d 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/ano. Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a proposta vai contra o risco moral expos pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação de perda).

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306470	2025-02-07 17:33:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306470	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306470	

Protocolo	Justificativa
306470	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvênc de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade isenções. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306470	2025-02-07 17:33:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306470	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306470	I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;

Protocolo	Justificativa
306470	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretan defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,6(no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impacto observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% d carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras de Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquid

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306470	2025-02-07 17:33:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306470	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306470	Referência: “§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perc sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.” Alteração: § 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em perc sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite de 50%.

Protocolo	Justificativa
306470	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto referente a redução do percentual atualmente permitido conforme entendimento da DIPRO e STJ será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Além disso, cumpre ressaltar que a RN nº 465/21 já permite o percentual máximo de 50% no caso de internação psiquiátrica, a partir do 31º dia, portanto, proposta é um contrassenso e deve ser revista. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306470	2025-02-07 17:33:39	Operadora
306470	2025-02-07 17:33:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306470	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
306470	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
306470	
306470	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colo entre outros insumos inerentes.

Protocolo	Justificativa
306470	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário d contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.
306470	A ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306470	2025-02-07 17:33:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306470	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306470	

Protocolo	Justificativa
306470	Referência: “II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestaçã pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.” Justificativa: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306470	2025-02-07 17:33:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306470	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306470	

Protocolo	Justificativa
306470	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e ma capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimento, o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização d sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúd ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acesso a esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306470	2025-02-07 17:33:39	Operadora
306470	2025-02-07 17:33:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306470	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
306470	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
306470	
306470	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.

Protocolo	Justificativa
306470	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a deman no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, poi induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contrat em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/ano. Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a propos vai contra o risco moral exposto pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação perda). Da mesma forma, sobre a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando o impacto de todas as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕ ao comparar o resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positivo de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Estima-s que a sinistralidade aumente em 7,5 pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verifica-se que a manutenção da regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilizaçã dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades er 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os
306470	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais asserti é criar a possibilidade de afastar as isenções propostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tip de programa, beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306470	2025-02-07 17:33:39	Operadora
306470	2025-02-07 17:33:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306470	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
306470	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
306470	
306470	§ 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Protocolo	Justificativa
306470	Referência: “I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e” Justificativa: Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e qua
306470	Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora. Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306470	2025-02-07 17:33:39	Operadora
306470	2025-02-07 17:33:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306470	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
306470	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306470	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz
306470	

Protocolo	Justificativa
306470	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em internação siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
306470	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operador faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306470	2025-02-07 17:33:39	Operadora
306470	2025-02-07 17:33:39	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306470	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
306470	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306470	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz
306470	

Protocolo	Justificativa
306470	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para a Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.
306470	Referência: “III - os limites de exposição financeira;” Justificativa: A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, até para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretan defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual por procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306633	2025-02-07 17:42:30	Consultoria
306635	2025-02-07 17:44:38	Interessados no tema
306645	2025-02-07 17:45:55	Consultoria
306585	2025-02-07 17:46:50	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306633	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306635	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306645	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306585	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306633	
306635	
306645	
306585	

Protocolo	Justificativa
306633	A venda online de planos de saúde pode parecer uma opção prática e rápida, mas esconde riscos que podem comprometer a segurança e a qualidade da contratação. Diferente de produtos comuns, um plano de saúde envolve uma série de regras, carências, coberturas e limitações que exigem conhecimento especializado para uma escolha assertiva. O papel do corretor de seguros, devidamente registrado na SUSEP, vai muito além da simples comercialização. Ele garante que o cliente compreenda todas cláusulas do contrato, evitando surpresas desagradáveis no momento de utilizar o serviço. Além disso, oferece suporte contínuo, auxiliando em questões co reajustes, reembolsos e utilização do plano. Sem esse acompanhamento especializado, o consumidor pode acabar contratando um plano inadequado às suas necessidades, enfrentando dificuldades pa acessar determinados serviços ou arcando com custos inesperados. Portanto, a intermediação de um corretor habilitado não é um luxo, mas uma proteçã essencial para quem busca um plano de saúde que realmente atenda às suas demandas com segurança e transparência.
306635	A venda online, feita diretamente pelas operadoras, será prejudicial aos clientes. Os mesmos devem ser orientados porprofissionais com capacidade técnic reconhecida para intermediar a contratação e, antes, orientar os clientes na escollha da melhor opção. Os corretores de seguros e de planos de saúde são profissionais que tem essa capacidade técnica e isenção para orientar e assessorar os comsumidores nessa relação
306645	A venda online de planos de saúde pode parecer uma opção prática e rápida, mas esconde riscos que podem comprometer a segurança e a qualidade da contratação. Diferente de produtos comuns, um plano de saúde envolve uma série de regras, carências, coberturas e limitações que exigem conhecimento especializado para uma escolha assertiva. O papel do corretor de seguros, devidamente registrado na SUSEP, vai muito além da simples comercialização. Ele garante que o cliente compreenda todas cláusulas do contrato, evitando surpresas desagradáveis no momento de utilizar o serviço. Além disso, oferece suporte contínuo, auxiliando em questões co reajustes, reembolsos e utilização do plano. Sem esse acompanhamento especializado, o consumidor pode acabar contratando um plano inadequado às suas necessidades, enfrentando dificuldades pa acessar determinados serviços ou arcando com custos inesperados. Portanto, a intermediação de um corretor habilitado não é um luxo, mas uma proteçã essencial para quem busca um plano de saúde que realmente atenda às suas demandas com segurança e transparência.
306585	Art. 27 - V - b) nos casos em que for utilizado índice de preço não poderá ser utilizado percentual por meta de sinistralidade.: Contribuição: Exclusão Justificativa: É tecnicamente adequado o reajuste anual ter sua composição em duas parcelas, pois esta possuem objetivos distintos e complementares: -Reajuste Financeiro: é responsável pela parcela que atualizamonetariamente a contraprestação por meio de índice financeiro, VCMH , quecontempla a variação de custos médicos e hospitalares entre períodos, ou seja, comoa “inflação médica dos planos privados”. -Reajuste Técnico/Sinistralidade: Esse tipo de reajuste tem o objetivo de realizar a recomposição atuarial, considerando a relação entre despesas assistenci e receitas de contraprestações, ou seja, de forma a tentar que o contrato mantenha seu ponto de equilíbrio para o período seguinte, de acordo com sua essência prospectiva.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306585	2025-02-07 17:46:50	Operadora
306585	2025-02-07 17:46:50	Operadora
306585	2025-02-07 17:46:50	Operadora
306585	2025-02-07 17:46:50	Operadora
306585	2025-02-07 17:46:50	Operadora
306585	2025-02-07 17:46:50	Operadora
306585	2025-02-07 17:46:50	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306585	- II - a data, o percentual do reajuste aplicado ao contrato cole□vo e sua previsão contratual; (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) III - o valor cobrado; e IV - que o reajuste será comunicado à ANS pela internet, por meio de aplica□vo, nos prazos determinados pela Instrução Norma□va nº 13, de 21 de julho de 2006, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, ou em norma que vier a sucedê-la.	Alteração
306585	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Alteração
306585	- b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecu□vos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; (Renumerado do inciso II pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
306585	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Alteração
306585	- § 2º No documento previsto no parágrafo 1º, a informação tratada no inciso III do caput deste ar□go deverá especificar o valor para pagamento do beneficiário e o valor da mensalidade do mês anterior. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306585	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306585	- II - a data, o percentual do reajuste aplicado ao contrato cole□vo e sua previsão contratual; (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) III - o valor cobrado; e IV - que o reajuste será comunicado à ANS pela internet, por meio de aplica□vo, nos prazos determinados pela Instrução Norma□va nº 13, de 21 de julho de 2006, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, ou em norma que vier a sucedê-la.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306585	Art. 32 - II - a data, o percentual do reajuste aplicado ao contrato coletivo;
306585	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a metodologia e variação do ín definidos em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e.
306585	
306585	Art. 27 - III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralida carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais, coparticipação e receitas apuradas conforme metodologia descrita em contratos, Alén devidas provisões e projeções atuarialmente justificadas,
306585	§ 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagam beneficiário.
306585	É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos por adesão e os s contratos coletivos empresariais com menos de 30 beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento;
306585	Art. 32 - II - a data, o percentual do reajuste aplicado ao contrato coletivo;

Protocolo	Justificativa
306585	Recomenda-se a manutenção da redação anterior, uma vez que a proposta apresentada na minuta se revela excessivamente onerosa para as operadoras forma desnecessária, considerando que o beneficiário já possui acesso a essas informações contratuais. O custo sistêmico e operacional decorrente da vinculação do percentual de reajuste ao dispositivo contratual resultará em uma onerosidade excessiva para as operadoras, sem evidenciar um benefício direto, uma vez que o beneficiário tem à sua disposição essa informação e pode, a qualquer momento, contatar a OPS.
306585	Importante o contrato ter a previsibilidade tanto do índice quanto da sua metodologia de apuração e que esta seja definida pela operadora com base na bo técnica.
306585	As OPS já praticam data fixa de apuração, com base nos seus processos e também para não haver sobreposição de meses entre diferentes reajustes. Contudo, fixar uma data em contrato, inviabiliza flexibilidades algumas vezes solicitadas por clientes para atender pontualmente suas necessidades. Como antecipação para definição antes do orçamento da empresa cliente.
306585	O reajuste possui natureza prospectiva e não deve considerar apenas informações do passado. Além disso, dependendo da metodologia definida para a apuração poderá ocorrer a necessidade de inclusão de provisão e estimativas (como é o caso da metodologia por competência de atendimento e sem defasagem de tempo).
306585	Recomenda-se a manutenção da redação anterior, uma vez que a proposta apresentada na minuta se revela excessivamente onerosa para as operadoras forma desnecessária, considerando que o beneficiário já possui acesso a essas informações contratuais.
306585	Manutenção da regra atual. Além disso, a definição de pequenas empresas pela quantidade de funcionários no Brasil está estabelecida na Lei Complementar nº 123, de 14 de dezemb de 2006. Essa lei institui o Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte e classifica as empresas conforme seu faturamento anual número de empregados e considera este limite significativamente inferior a mil vidas. Entendemos que contratos coletivos empresariais e por adesão devam ter o mesmo corte de quantidade de vidas para o agrupamento.
306585	Recomenda-se a manutenção da redação anterior, uma vez que a proposta apresentada na minuta se revela excessivamente onerosa para as operadoras forma desnecessária, considerando que o beneficiário já possui acesso a essas informações contratuais. O custo sistêmico e operacional decorrente da vinculação do percentual de reajuste ao dispositivo contratual resultará em uma onerosidade excessiva para as operadoras, sem evidenciar um benefício direto, uma vez que o beneficiário tem à sua disposição essa informação e pode, a qualquer momento, contatar a OPS

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306585	2025-02-07 17:46:50	Operadora
306585	2025-02-07 17:46:50	Operadora
306585	2025-02-07 17:46:50	Operadora
306585	2025-02-07 17:46:50	Operadora
306585	2025-02-07 17:46:50	Operadora
306585	2025-02-07 17:46:50	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306585	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306585	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
306585	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306585	- I - os percentuais de reajuste aplicados; e (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) II - as alterações de coparticipação e franquia.	Alteração
306585	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Alteração
306585	- I - os percentuais de reajuste aplicados; e (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) II - as alterações de coparticipação e franquia.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306585	IV - para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, o contrato deverá prever a metodologia de apuração para o primeiro reajuste.
306585	
306585	Art. § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, para a apuração da quantid vidas que definirá a participação no Pool de Riscos, cada admistradora deverá ser avaliada com o de vidas resulotante da soma de todos os seus contra
306585	I - os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e
306585	Art. 27 - II – o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente;
306585	I - os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e

Protocolo	Justificativa
306585	No primeiro ano do contrato, além do comportamento fora do padrão nos primeiros meses de vigência, a operadora não tem as notificações dos atendiment realizads no 12 meses em tempo do cálculo do reajuste anual. Desta forma, entendemos a necessidade de registrar contratualmente a metodologia de apuração, contudo é importante que cada operadora defina a sua metodologia de acordo com a boa técnica, o perfil de sua carteira e seus processos.
306585	É tecnicamente adequado o reajuste anual ter sua composição em duas parcelas, pois esta possuem objetivos distintos e complementares: -Reajuste Financeiro: é responsável pela parcela que atualizamonetariamente a contraprestação por meio de índice financeiro, VCMH , quecontempla a variação de custos médicos e hospitalares entre períodos, ou seja, comoa “inflação médica dos planos privados”. -Reajuste Técnico/Sinistralidade: Esse tipo de reajuste tem o objetivo derealizar a recomposição atuarial, considerando a relação entre despesasassistenciai receitas de contraprestações, ou seja, de forma a tentar que ocontrato mantenha seu ponto de equilíbrio para o período seguinte, de acordocom sua essênc prospectiva.
306585	Entendemos que a administradora deve ser analisada como uma única apólice, pois analisamos a negociação inicial e renovação do agrupamento. A manei como está a redação prejudica a análise e negociação, inviabilizando o modelo de negócio.
306585	Tendo em vista que a Lei 9.961/00 dispõe que cabe à ANS autorizar os reajustes e as revisões das contraprestações monetárias dos planos privados de assistência à saúde, com a consulta ao Ministério da Fazenda, observa-se que a referida lei distingue claramente os dois instrumentos, considerando-os cor revisão e reajuste.
306585	Constatamos a necessidade de modificar o texto para garantir que fique evidente que o índice a ser divulgado é aquele estipulado em contrato, respeitando liberdade contratual e a livre negociação entre as partes. Isso se faz necessário para afastar a concepção de que se trata de um índice genérico de preços uma vez que um índice genérico puro não representa adequadamente a variação dos custos médicos hospitalares. Importante incluir a possibilidade de previsão do VCMH - Variação de Custos Médicos e Hospitalares.
306585	Tendo em vista que a Lei 9.961/00 dispõe que cabe à ANS autorizar os reajustes e as revisões das contraprestações monetárias dos planos privados de assistência à saúde, com a consulta ao Ministério da Fazenda, observa-se que a referida lei distingue claramente os dois instrumentos, considerando-os cor revisão e reajuste.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306581	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306581	É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.

Protocolo	Justificativa
306581	"Manter a redação original: “É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.” Ofertar planos de saúde em plataforma digital possui impactos financeiros diretos que não foram apurados no AIR (criação, desenvolvimento, manutenção d plataforma e sistemas), além de impactos operacionais na revisão de fluxos e integração com os parceiros que comercializam esses tipos de produtos. Essa situação é ainda mais gravosa quando não se verifica avaliação por porte, classificação e tipo de atenção, pois certamente os problemas regulatórios s diferentes. A título exemplificativo, o AIR disponível no site sobre o tema vincula a obrigatoriedade da oferta online ao combate à seleção de risco. Ocorre qu na modalidade de planos odontológicos, por exemplo, não há queixas de seleção de risco e tampouco ausência de ofertas de planos individuais. Do mesm modo, as entidades de autogestão concentram o maior número de idosos, também não parecendo fazer sentido falar de seleção de risco. Portanto, sem d avanço do AIR dentro dos parâmetros definidos na RN 548 (porte, classificação e tipos de atenção), sugere-se manter a redação atual no qual é facultativa oferta da venda on-line. Ademais, um dos requisitos para o ato administrativo válido é a motivação e a adequação ao interesse público. Além disso, segundo a Lei de Liberdade Econômica, o aumento de custos sem demonstração de benefícios é considerado abuso do poder regulatório. Segundo reconhece o próprio AIR, uma das desvantagens da proposta é que ela aumentará os custos das operadoras. Nesses termos, por imposição legal, seria preciso demonstrar os benefícios que medida acarretaria. Os benefícios, porém, devem ser concretos e não abstratos, baseados em evidências robustas, em problemas regulatórios incontestáve ou outros fatores. Contudo, os supostos ganhos apontados pela ANS não se qualificam como aptos a justificar a medida e o acréscimo de custos. Descreve a ANS, por exemplo, que haveria aumento da transparência, fortalecimento do arcabouço regulatório e diminuição da judicialização. Contudo, ess aspectos não são impactados de maneira positiva em razão, apenas, de ser on line a contratação. Afirma ainda a ANS que será aumentada a concorrência mercado, permitindo que os consumidores comparem facilmente todas as opções disponíveis. A comparação das condições de aquisição de um plano de saúde, porém, se faz em momento pré contratação. Assim, não se sustenta a lógica estabelecida. Menciona a ANS, por fim, que a medida poderia evitar a seleção adversa. Contudo, o risco sobre isso permanece, a despeito da forma de acesso ao plano, e a seleção adversa deve permanecer sendo monitorad pela ANS."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306581	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306581	É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.

Protocolo	Justificativa
306581	"Manter a redação original: “É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.” Ofertar planos de saúde em plataforma digital possui impactos financeiros diretos que não foram apurados no AIR (criação, desenvolvimento, manutenção d plataforma e sistemas), além de impactos operacionais na revisão de fluxos e integração com os parceiros que comercializam esses tipos de produtos. Essa situação é ainda mais gravosa quando não se verifica avaliação por porte, classificação e tipo de atenção, pois certamente os problemas regulatórios s diferentes. A título exemplificativo, o AIR disponível no site sobre o tema vincula a obrigatoriedade da oferta online ao combate à seleção de risco. Ocorre qu na modalidade de planos odontológicos, por exemplo, não há queixas de seleção de risco e tampouco ausência de ofertas de planos individuais. Do mesm modo, as entidades de autogestão concentram o maior número de idosos, também não parecendo fazer sentido falar de seleção de risco. Portanto, sem d avanço do AIR dentro dos parâmetros definidos na RN 548 (porte, classificação e tipos de atenção), sugere-se manter a redação atual no qual é facultativa oferta da venda on-line. Ademais, um dos requisitos para o ato administrativo válido é a motivação e a adequação ao interesse público. Além disso, segundo a Lei de Liberdade Econômica, o aumento de custos sem demonstração de benefícios é considerado abuso do poder regulatório. Segundo reconhece o próprio AIR, uma das desvantagens da proposta é que ela aumentará os custos das operadoras. Nesses termos, por imposição legal, seria preciso demonstrar os benefícios que medida acarretaria. Os benefícios, porém, devem ser concretos e não abstratos, baseados em evidências robustas, em problemas regulatórios incontestáve ou outros fatores. Contudo, os supostos ganhos apontados pela ANS não se qualificam como aptos a justificar a medida e o acréscimo de custos. Descreve a ANS, por exemplo, que haveria aumento da transparência, fortalecimento do arcabouço regulatório e diminuição da judicialização. Contudo, ess aspectos não são impactados de maneira positiva em razão, apenas, de ser on line a contratação. Afirma ainda a ANS que será aumentada a concorrência mercado, permitindo que os consumidores comparem facilmente todas as opções disponíveis. A comparação das condições de aquisição de um plano de saúde, porém, se faz em momento pré contratação. Assim, não se sustenta a lógica estabelecida. Menciona a ANS, por fim, que a medida poderia evitar a seleção adversa. Contudo, o risco sobre isso permanece, a despeito da forma de acesso ao plano, e a seleção adversa deve permanecer sendo monitorad pela ANS."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306581	- Art. 39. O agrupamento de contratos cole□vos de que trata o art. 37 desta Resolução poderá ser desmembrado em até três subagrupamentos, separados pelo □po de cobertura, que é definido de acordo com a segmentação assistencial do plano ao qual o contrato está vinculado, da seguinte forma: I - sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial "ambulatorial" e "ambulatorial + odontológico";	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306581	"Art. 39. Os dois agrupamentos de contratos coletivos de que trata o art. 37 desta Resolução poderá ser desmembrado em subagrupamentos e suas combi da seguinte forma : (...) IV – Planos com e sem Atenção Primária à Saúde; V – Planos com e sem previsão de fator moderador financeiro. § 1º Caso a operadora de planos privados de assistência à saúde opte pelo desmembramento, poderá ocorrer a aplicação de percentuais de reajuste dife dentro do mesmo contrato coletivo, de acordo com o número de subagrupamentos e suas combinações . § 2º A quantidade de percentuais de reajuste diferentes aplicados com base no § 1º deste artigo deverá guardar relação com a quantidade de subagrupam suas combinações, que deverá estar expressamente estabelecida no contrato coletivo, e sua alteração somente poderá ocorrer mediante aditamento dos co

Protocolo	Justificativa
306581	"Alteração do art. 39 para inclusão do subgrupo “Com e Sem Atenção Primária à Saúde”: Considerando que os custos assistenciais vêm apresentando ur crescimento real significativo nos últimos anos, e esse crescimento tende a ser continuado em função do desenvolvimento de novos tratamentos e novas tecnologias, uma das principais formas de tentar reduzir esse crescimento dos custos assistenciais, e manter um plano de saúde mais acessível aos beneficiários é a instituição de planos com Atenção Primária à Saúde – APS. A ANS inclusive busca incentivar as OPS na criação desses planos, por exemplo, por meio da instituição de pontuação base na dimensão “Qualidade em Atenção à Saúde”, no Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar – IDSS. Espera-se que o comportamento dos custos assistenciais desses planos seja diferente dos demais planos que não possuem APS, e, por consequência, os seus reajustes sejam menores. A inclusão desses planos no agrupamento do contrato irá contra todos os esforços da OPS e da própria ANS, uma vez que os reajustes serão contaminado pelo crescimento dos demais planos. Para inclusão do subgrupo “Com e Sem Fator Moderador Financeiro”: É sabido que planos sem fator moderador financeiro possuem frequência de utilizaç muito superior aos planos que possuem esse mecanismo. Tal impacto era pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contrato com até mil vidas a apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos com previsão de coparticipação/franquia, qu em regra geral, apresentam reajustes inferiores. "

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306581	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306581	"Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste: I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em c que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; (Incluído pela Resolução Normativa XX, de 20XX) III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da c terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à da de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; (Renumerado do inciso II pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade será apurada tomando por base a proporção entre as de assistenciais líquidas de coparticipação e as receitas de contraprestações deduzidas dos tributos diretos, verificados no período de meses vigentes do contra mês de apuração do reajuste definido no inciso I-b deste artigo; V - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamer contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento), exceto para as entidades de autogestão."

Protocolo	Justificativa
306581	"1) Sobre a meta de sinistralidade: A meta de sinistralidade avaliada pela ANS levou em conta a média do mercado, sem avaliar a RN 548/22 quanto ao AIR ser apurado por: porte, modalidade tipo de atenção. Quando se verifica OPS de pequeno porte, é comum que apenas as despesas não assistenciais (administrativas e operacionais), sejam superiores a 25% Da mesma forma, operadora que atua basicamente com planos ambulatoriais, mesmo quando tem médio porte, suas despesas não assistenciais podem ultrapassar 25%. Temos que considerar que, em alguns casos existe a necessidade de recompor inclusive Capital Social para atendimento aos normativos da ANS. Como n ambiente de autogestão, tanto a patrocinadora quanto os beneficiários compõem os órgãos deliberativos, com o poder de aprovar ou não os reajustes apurados, devem ter total liberdade para propor o que for melhor para a solvência da OPS. Por fim, as autogestões já possuem características diferenciadas do mercado, inclusive com regras definidas exclusivamente a elas na RN nº 137/06. Tal normativo está inclusive passando por uma revisão por parte da ANS, ambiente mais adequado para tratar do tema. 2-) Sobre o índice de sinistralidade: Tendo em vista que não existe a nomenclatura receita direta do plano nos demonstrativos contábeis e, para não gerar dúvidas sobre a forma de apuração d sinistralidade, sugere-se com esse novo texto melhor detalhar quais são as despesas assistenciais a serem verificadas e as receitas de contraprestações co a devida dedução do imposto direto (que atualmente tem previsão no plano de contas da ANS, conta 32). 3-) Sobre a acumulação de índice, propôs a exclusão em razão de: Quando da apuração da necessidade de aplicação de um reajuste na mensalidade de um determinado plano, espera-se que ele seja suficiente para equilibr a situação econômico-financeira para os 12 meses futuros. Quando da vedação da aplicação de reajuste por sinistralidade conjugada com um reajuste financeiro (índice de preço), significa que a ANS está pensand

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306581	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
306581	- Art. 6º No plano privado de assistência à saúde cole□vo empresarial com número de par□cipantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato cole□vo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do ar□go 29 desta resolução será considerada a totalidade de par□cipantes eventualmente já	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306581	
306581	Art. 6º. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a mil beneficiários não poderá ser exig cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de vinculação a pessoa jurídica contratante.

Protocolo	Justificativa
306581	"Conforme AIR do tema elaborado pela ANS “(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimento específicos.” Essa afirmativa é relevante uma vez que, embora a coparticipação seja instituto amplamente utilizado em diversos países, não se identifica um lista de isenção, o que corrobora o entendimento de que a cobrança de coparticipação, mesmo em procedimentos considerados necessários, não descaracteriza o conceito de risco moral. Além disso, no caso brasileiro, é bastante comum planos empresariais no qual o empregador arca com o valor da mensalidade e o empregado com a coparticipação, quando da utilização, não tendo esse caso a limitação ao conceito de risco moral e sim de copagamento Ademais, embora o AIR tenha mencionado não ter realizado estudo atual sobre o tema e aproveitado o material do Anexo da RN 433, trouxe um formato diverso daquele, combinando com a TUSS, inclusive com procedimentos sequer previstos no rol de procedimentos. Se o procedimento não está no rol por si já é um grande indicativo de que não haveria razões para não exigir coparticipação, podendo até mesmo definir a cobrança da integralidade do procedimen (nos termos da ressalva assegurada pelo art.1°, parágrafo único da Resolução Normativa n° 484, de 2022): “Art. 1º Fica vedada às operadoras de planos de assistência à saúde a operação de sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serem pagos diretamente pelo consumidor ao prestador dos serviços, bem como a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998. Parágrafo único. Não está incluído, na proibição de que trata este artigo, o oferecimento de serviços complementares aos planos definidos na Lei nº 9.656, 1998, desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.” Lado outro, O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS define a cobertura mínima obrigatória a ser assegurada nos planos de saúde regulamentados. Nesse sentido, qualquer procedimento previsto no Rol tem a mesma obrigatoriedade de cobertura dos demais, de forma que essas coberturas não são estabelecidas mediante juízo de valor referente à priorização, necessidade, hierarquia ou privilégio de um procedimento frente a outro. N se apresenta razoável, por conseguinte, criar um critério de diferenciação entre os procedimentos previstos no Rol, apenas com o fim de delimitar aqueles q podem ou não estar sujeitos a incidência de fator financeiro de regulação."
306581	Mudar a apuração de carência e CPT conforme o limite de vidas do pool de risco, pois a regra de carência influencia no risco do contrato a integrar o pool

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306581	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração
306581	- Art. 32. Os boletos e faturas de cobrança com a primeira parcela reajustada dos planos cole□vos, deverão conter as seguintes informações: I - o nome do produto, o número do registro do produto na ANS ou o código de iden□ficação no Sistema de Cadastro de Planos Antigos, e o número do contrato ou da apólice;	Alteração
306581	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306581	- Art. 40. Para os efeitos desta Resolução, a quan□dade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no § 1º deste artigo.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306581	"Art. 23 (...) §1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante, de inadimplência, fraude e demais casos de rescisão motivada, o contrato de plano de assistê saúde coletivos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao con respeitando o prazo de notificação prévia contratualmente previsto."
306581	Art. 32 (...) § 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagam beneficiário.
306581	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos por adesão agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais, ambos com menos de mil beneficiários, para o cálculo do percentual de reajuste que aplicado a esses agrupamentos. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)
306581	"Art. 40. (...) §5º EXCLUIR"

Protocolo	Justificativa
306581	"Alteração do §1º. Fraudes e outros fatos ensejadores de rescisão motivada tb devem permitir o rompimento em prazos diversos. Além disso, a intenção da ANS é regular o momento da rescisão, mas não impedir a rescisão imotivada. Contudo, o trecho final, que determina apresentar “razões” da rescisão pode causar confusão quanto à prerrogativa. Importante ainda excluir o prazo para atender ao comando da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01, que na época revogou o paragem único d art 17 da RN 195, que possui mesmo conteúdo do atual art 23."
306581	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade do mês anterior pode confundir o beneficiário, por poder estar composta de juros, multa coparticipação, dentre outros aspectos sequer de conhecimento da operadora, como ocorre no caso de mensalidades cobradas sobre percentual de salário descontados diretamente pelo empregador.
306581	O perfil de utilização dos beneficiários observado em contratos coletivos empresariais e coletivos por adesão são significativamente diferentes. Tal impacto e pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contratos com até mil vida apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos coletivos empresariais, que, em regra geral, apresentam reajuste inferiores.
306581	Exclusão do §5º. Conforme a própria ANS menciona em seu AIR, a maioria dos contratos hoje coletivos por adesão, não estão contemplados pelo pool, pois operadoras já negociam um reajuste único no contrato com a administradora, dado que há a mistura de contratantes até 29 vidas e acima de 29 vidas. Assi não faria sentido juntar esse público com os empresariais até mil vidas, devendo manter a redação sem alteração. Caso a ANS queira manter a alteração, m uma vez sugerimos que exista o pool de risco de planos coletivos por adesão e um outro para os empresariais até mil vidas, pois os riscos são bem distinto

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306581	- Art. 38. Ressalvada a hipótese prevista no art. 39, a operadora, após a apuração da quan□dade de beneficiários prevista no art. 40, calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.	Alteração
306581	- Art. 35. Os contratos de planos privados de assistência à saúde cole□vos empresariais e por adesão, firmados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, deverão conter cláusula de reajuste que observa a metodologia do agrupamento de contratos estabelecida nesta Resolução. Parágrafo único. O agrupamento de contratos não se aplica: I - aos planos privados de assistência à saúde exclusivamente odontológicos; II - aos contratos de plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demi□dos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, de que trata o art. 17 da Resolução Norma□va nº 488, de 29 de março de 2022, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; e	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
306581	Art. 38. Ressalvada a hipótese prevista no art. 39, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista no art. 40, calculará um percentu reajuste com todos os seus contratos coletivos por adesão e outro percentual com todos os seus contratos coletivos empresariais, que deverá ser aplicad todo o agrupamento dos seus contratos.
306581	Art. 35 (...) IV – às operadoras de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão.

Protocolo	Justificativa
306581	O perfil de utilização dos beneficiários observado em contratos coletivos empresariais e coletivos por adesão são significativamente diferentes. Tal impacto e pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contratos com até mil vida apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos coletivos empresariais, que, em regra geral, apresentam reajuste inferiores , como pode ser visto no próprio painel dinâmico de reajuste de coletivos da ANS.
306581	"Inclusão do Inciso IV no artigo 35: ""IV – às operadoras de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão."" As autogestões já possuem características diferenciadas do mercado, inclusive com regras definidas exclusivamente a elas na RN nº 137/06. Tal normativ está inclusive passando por uma revisão por parte da ANS. Além disso, as autogestões já possuem um perfil muito mais mutualista e social quando compara às operadoras de mercado, sendo, inclusive, a modalidade de operadora que possui perfil etário de beneficiários mais envelhecido, ou seja, já é uma característica dessa modalidade apresentar maior perfil de solidariedade. Entretanto, a inserção dessa modalidade de operadora nas regras de agrupamento dos contratos, em iguais condições ao mercado de saúde suplementar poderá ocasionar o efeito contrário, sendo realizado o agrupamento de forma desfavorável. Importante destacar ainda, que, no caso das autogestões o reajuste não é imputado pela OPS à pessoa jurídica contratante, e, por consequência, aos beneficiários. Pelo contrário, nessa modalidade, tanto a patrocinadora quanto os beneficiários compõem os órgãos deliberativos, com o poder de aprovar o não os reajustes apurados, outro item fundamental que demonstra a necessidade de suas regras serem tratadas exclusivamente na mudança prevista para RN nº 137/06. Outro exemplo da necessidade de exclusão das autogestões dessa seção é que, em muitos casos, elas possuem apenas 1 patrocinadora, além da própria autogestão, ou seja, um contrato para os empregados da patrocinadora e outro para os seus próprios empregados. Como a grande maioria das autogestõe não possuem mais de 1000 vidas vinculadas ao seu quadro funcional, quase todas se enquadrariam no pool, perdendo a possibilidade de aplicar reajuste diferente para planos com características distintas, como exemplo: planos com e sem coparticipação, com padrão de acomodação em enfermaria e apartamento, com ou sem Atenção Primária à Saúde – APS, dentre outros. Ademais, no ambiente das autogestões também é comum a possibilidade de mudança de plano não compulsória de planos por alguma mitigação de risco juridico, de forma que o associado, nesses casos específicos, mude de plano somente quando há insustentabilidade daquela carteira que foi reduzindo ao longo do tempo. Ao colocar o pool de 1.000 vidas nesse cenário, inviabiliza o processo voluntário dessas questões, tornando invalidada essa medida de mitigação de risco, passando as mudanças de plano a serem exclusivamente compulsórias. Em virtude de todo o exposto, solicitamos que as autogestões sejam excluídas dessa seção, e suas regras sejam tratadas exclusivamente no movimento j realizado pela ANS para fins de alteração da RN nº 137/06."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora
306581	2025-02-07 17:47:13	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306581	- Art. 7º No plano privado de assistência à saúde cole□vo empresarial com número de par□cipantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do ar□go 29 desta resolução será considerada a totalidade de par□cipantes eventualmente já	Alteração
306581	- Art. 53. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de fevereiro de 2023.	Alteração
306581	- Art. 42. A operadora deverá divulgar até o primeiro dia ú□l do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como iden□ficar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no aplica□vo RPC, e seus respectivos produtos, com número de registro na ANS.	Inclusão
306581	- Art. 48. As autorizações de reajuste de planos individuais ou familiares regulamentados, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, expedidas na vigência da Resolução Norma□va nº 171, de 29 de abril de 2008, permanecem em vigor até o final do período mencionado nos respectivos ofícios autorizativos. Art. 49. Os contratos cole□vos empresariais ou por adesão, firmados antes de 24 de outubro de 2012 e que não tenham sido aditados para adequação de suas cláusulas à metodologia do agrupamento de contratos para fins de cálculo e aplicação de reajuste anual por variação de custo, não poderão receber novos beneficiários, à exceção de novo cônjuge e filhos do titular.	Alteração
306581	- Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as coberturas adicionais contratadas em separado, multa, juros e taxas. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306581	Art. 7º. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a mil beneficiários não poderá haver cláu agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doença ou lesão preexistente, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta d celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
306581	Art. 53. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de janeiro de 2026.
306581	"Art. 42 (...) § 3º O primeiro reajuste do agrupamento de contratos de 1.000 vidas será somente a partir de maio de 2026."
306581	"Art. 49 (...) § 1º Os contratos atualmente previstos com pool de risco até 29 beneficiários passam a ser considerados integrantes do novo pool de que trata essa Resc independente de aditamento contratual."
306581	Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as cober adicionais contratadas em separado, multa e juros.

Protocolo	Justificativa
306581	Mudar a apuração de carência e CPT conforme o limite de vidas do pool de risco, pois a regra de carência influencia no risco do contrato a integrar o pool
306581	Adaptação de sistema ao tema, principalmente pelo levantamento dos dados que comporão o agrupamemnto.
306581	Faltou a ANS deixar claro quando o novo limite de vidas do pool terá vigência, não sendo ideal ser ainda em 2025, pois ficaria um tempo muito apertado pa essa apuração, dado que ainda não sabemos quando haverá a publicação da resolução alterada e muitas operadoras já apuram seu reajuste em março, pa haver tempo hábil de ajustar o sistema, boletos/faturas de cobrança e preparação do extrato pormenorizado .
306581	"Alteração do art. 49. Como não há item de contribuição para o art. 49 na CP 145, utilizou-se o item de contribuição do art. 48, mas a alteração seria para o 49. Justificativa: faltou a ANS definir como ficará a transição do 29 para 1.000 vidas em termos práticos. "
306581	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade cobrada no boleto sem detalhamento de taxa permite o cruzamento de dados pelo fisc para que possa verificar os valores reportados na DMED são compatíveis com as mensalidades (e taxas) cobradas do usuário.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306599	2025-02-07 17:52:49	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306599	- Art. 26. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato, inclusive na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 29 desta resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306599	Já realiza o Pool obrigatório de reajustes dos planos empresariais com menos de 30 vidas, a sugestão seria incluir neste agrupamento contratos coletiv empresariais com menos de 1.000 vidas e toda a carteira coletiva por adesão. Prós um grande número de contratos empresariais já definido o percentual de reajuste, agilizando e facilitando as renovações, porém, teríamos que aditiva os contratos desse porte. Contra, muitas empresas deste porte, hoje negociam o percentual de reajuste a ser aplicado, nossa sugestão seria elevar a régua de vidas até 499. Em relação ao ponto de equilíbrio, a sugestão proposta de alterar para o mínimo 75%, hoje, a maioria dos contratos da Unimed Jundiaí possuem 70% de m sinistralidade, essa sugestão impactaria no resultado. A sugestão em relação ao percentual de reajuste anual, seria vedação da acumulação de índices como característica de clausula abusiva, permitindo ape reajuste técnico para se chegar a meta do ponto de equilíbrio, porque hoje contratualmente temos o reajuste técnico, cálculo para equilibrar o passado s sinistralidade estiver acima da meta e o reajuste financeiro (índice contratual) para suportar a inflação médica para os próximos meses da renovaçã Em relação aos relatórios de sinistralidade, já utilizamos apenas os custos assistenciais puro, co-participações como redutor de custo no cálculo e mensal como receita para se chegar a sinistralidade. Utilizamos para analise o período de 12 meses, demonstrando mês a mês. Rescisão contratual, hoje poderá ser realizado unilateralmente imotivadamente após 12 meses, a justiça acha abusivo rescisão pela operadora, entenden seleção de risco, cancelando apenas contratos com alta sinistralidade, para isso estão sugerindo que a operadora só poderá rescindir unilateralmente no ani do contrato (exceto inadimplência que poderá haver o cancelamento). O objetivo neste tema é: - Regular a utilização de metodologia de cálculo de reajuste; - Aumentar a transparência no cálculo e a definição de clausulas de reajuste; - Introduzir a aplicação de uma meta de sinistralidade mínima para os contratos coletivos; - Aumentar o mutualismo com o aumento do agrupamento de contratos;

Protocolo	Justificativa
306599	Já realiza o Pool obrigatório de reajustes dos planos empresariais com menos de 30 vidas, a sugestão seria incluir neste agrupamento contratos coletivos empresariais com menos de 1.000 vidas e toda a carteira coletiva por adesão. Prós um grande número de contratos empresariais já definido o percentual de reajuste, agilizando e facilitando as renovações, porém, teríamos que aditiva todos os contratos desse porte. Contra, muitas empresas deste porte, hoje negociam o percentual de reajuste a ser aplicado, nossa sugestão seria elevar a régua de vidas até 499. Em relação ao ponto de equilíbrio, a sugestão proposta de alterar para o mínimo 75%, hoje, a maioria dos contratos da Unimed Jundiaí possuem 70% de m para sinistralidade, essa sugestão impactaria no resultado. A sugestão em relação ao percentual de reajuste anual, seria vedação da acumulação de índices como característica de clausula abusiva, permitindo apena reajuste técnico para se chegar a meta do ponto de equilíbrio, porque hoje contratualmente temos o reajuste técnico, cálculo para equilibrar o passado se sinistralidade estiver acima da meta e o reajuste financeiro (índice contratual) para suportar a inflação médica para os próximos meses da renovação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306599	2025-02-07 17:52:49	Operadora
306599	2025-02-07 17:52:49	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306599	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
306599	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306599	A maioria dos contratos comercializados pela operadora hoje é co-participativo, esse produto a mensalidade é um pouco menor, pois existe um fator modera é utilizado como redutor do custo assistencial, temos o padrão e limites pré-estabelecidos, com a sugestão abaixo de mudança com a 145, acreditamos q regras seriam mais claras e regularia de forma positiva o setor, porém, desde que não tenha prejuízo para as operadoras e também os beneficiários Abaixo breve resumo dos problemas regulatórios, objetivos e possibilidades de ações: Problemas Regulatórios em relação a coparticipação: • Ausência de limites máximos para coparticipação e franquia (sejam limites por procedimentos, sejam limites globais); • Não há procedimentos isentos: atualmente, pode haver incidência de fator moderador em qualquer procedimento; • Incidência de fatores moderadores sobre medicamentos/materiais; • Ausência de prazos para cobrança dos fatores moderadores; • Acesso às informações. Objetivos: • Suprir as lacunas presentes no arcabouço regulatório atual (tais como indefinição do termo “fator restritor severo”); • Garantir que os fatores moderadores sejam utilizados para o fim ao qual se destinam, ou seja, mitigar o problema do risco moral; • Impedir cobranças desproporcionais; • Garantir que não sejam utilizados para impedir acesso; Ações: a. Criação de limites máximos para a incidência de fatores moderadores e b. Estabelecer relação de procedimentos com vedação de fator moderador;
306599	Como explanado no documento, atualmente a ANS não dispõe nenhuma possibilidade de readequação técnica nos planos particulares levando em conside sinistralidade dos mesmos. Nesse contexto, nossa operadora, não diferente da grande maioria das operadoras de saúde, vem sofrendo há anos com o res dessa carteira, onde mês após mês, o número de beneficiários diminui e a sinistralidade (resultado negativo) aumenta, levando-nos a decisão de interrupç comercialização desse produto. Com essa discussão, surge uma possibilidade de reversão desse cenário, do qual traria resultados imediatos as operadoras e principalmente para a popu ganhando novas opções para a escolha da assistência privada. Entendemos que uma possibilidade viável seria utilizamos o mesmo conceito que hoje é aplicado para os contratos coletivos empresariais de até 30 vid categorizados, analisados e reajustado como um grupo empresarial (pool de risco) nesse contexto, como sabido por todos, a igualitariedade se faz prese podendo ser uma ótima alternativa para as operadoras e principalmente para a população, que teria novamente uma maior quantidade de planos particul

Protocolo	Justificativa
306599	A maioria dos contratos comercializados pela operadora hoje é co-participativo, esse produto a mensalidade é um pouco menor, pois existe um fator moderador que é utilizado como redutor do custo assistencial, temos o padrão e limites pré-estabelecidos, com a sugestão abaixo de mudança com a 145 acreditamos que as regras seriam mais claras e regularia de forma positiva o setor, porém, desde que não tenha prejuízo para as operadoras e também o beneficiários. Abaixo breve resumo dos problemas regulatórios, objetivos e possibilidades de ações: Problemas Regulatórios em relação a coparticipação: • Ausência de limites máximos para coparticipação e franquia (sejam limites por procedimentos, sejam limites globais); • Não há procedimentos isentos: atualmente, pode haver incidência de fator moderador em qualquer procedimento; • Incidência de fatores moderadores sobre medicamentos/materiais; • Ausência de prazos para cobrança dos fatores moderadores; • Acesso às informações. Objetivos: • Suprir as lacunas presentes no arcabouço regulatório atual (tais como indefinição do termo “fator restritor severo”); • Garantir que os fatores moderadores sejam utilizados para o fim ao qual se destinam, ou seja, mitigar o problema do risco moral; • Impedir cobranças desproporcionais; • Garantir que não sejam utilizados para impedir acesso; Ações: a. Criação de limites máximos para a incidência de fatores moderadores e b. Estabelecer relação de procedimentos com vedação de fator moderador;
306599	Entendemos que uma possibilidade viável seria utilizamos o mesmo conceito que hoje é aplicado para os contratos coletivos empresariais de até 30 vidas categorizados, analisados e reajustado como um grupo empresarial (pool de risco) nesse contexto, como sabido por todos, a igualitariedade se faz present podendo ser uma ótima alternativa para as operadoras e principalmente para a população, que teria novamente uma maior quantidade de planos particular ofertados pelo mercado, aplicando-se o conceito de demanda e procura, os preços ficariam melhores dentro de uma realidade onde atualmente estão impraticáveis para a média da realidade dos brasileiros.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306599	2025-02-07 17:52:49	Operadora
306606	2025-02-07 18:00:01	Operadora
306606	2025-02-07 18:00:01	Operadora
306606	2025-02-07 18:00:01	Operadora
306606	2025-02-07 18:00:01	Operadora
306606	2025-02-07 18:00:01	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306599	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
306606	- Art. 33 da RN ANS nº 565, de 2022	Alteração
306606	- Art. 32 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração
306606	- § 5º O reajuste previsto no parágrafo anterior deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses e não poderá ser aplicado quando inexis□r previsão contratual em relação aos seus critérios de aferição e aplicação.	Alteração
306606	- Art. 23 da RN ANS nº 557, de 2022:	Exclusão
306606	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306599	Colocamos uma atenção especial ao 6º parágrafo do item 1- Sumário Executivo, quando colocado que parte das despesas estão atreladas a intermediaçõe das vendas, não podemos deixar de enfatizar a importância que essas intermediações (canal corretor) trazem as operadoras e beneficiários, sendo um c importantíssimo no esclarecimento de dúvidas, resoluções de problemas, acompanhamento pós inclusão, entre outras tantas ações que são realizadas junt com as operadoras. Acreditamos que a obrigatoriedade da venda online não impactaria negativamente a Operadora, pelo fato de já praticarmos tal modalidade, entretanto, de deixar claro que a venda online poderá ser acompanhada e conduzida tanto pelo canal corretor como diretamente pela equipe de vendas das operadoras e mudança não impedirá a comercialização presencial, deixando a livre escolha a critério do possível cliente.
306606	Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as cober adicionais contratadas em separado, multa e juros.
306606	Art. 32 (...) § 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagam beneficiário.
306606	§ 5º O reajuste dos mecanismos financeiros de regulação deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses.
306606	
306606	

Protocolo	Justificativa
306599	Colocamos uma atenção especial ao 6º parágrafo do item 1- Sumário Executivo, quando colocado que parte das despesas estão atreladas a intermediaçõe no ato das vendas, não podemos deixar de enfatizar a importância que essas intermediações (canal corretor) trazem as operadoras e beneficiários, sendo u canal importantíssimo no esclarecimento de dúvidas, resoluções de problemas, acompanhamento pós inclusão, entre outras tantas ações que são realizada juntamente com as operadoras. Acreditamos que a obrigatoriedade da venda online não impactaria negativamente a Operadora, pelo fato de já praticarmos tal modalidade, entretanto, deve deixar claro que a venda online poderá ser acompanhada e conduzida tanto pelo canal corretor como diretamente pela equipe de vendas das operadoras e c tal mudança não impedirá a comercialização presencial, deixando a livre escolha a critério do possível cliente.
306606	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade cobrada no boleto sem detalhamento de taxa permite o cruzamento de dados pelo fisco para que possa verificar os valores reportados na DMED são compatíveis com as mensalidades (e taxas) cobradas do usuário.
306606	Manter a redação original, uma vez que a previsão da mensalidade do mês anterior pode confundir o beneficiário, por poder estar composta de juros, multa coparticipação, dentre outros aspectos sequer de conhecimento da operadora, como ocorre no caso de mensalidades cobradas sobre percentual de salário descontados diretamente pelo empregador.
306606	Manutenção da previsão do reajuste a cada 12 meses, entretanto, sem a necessidade de indicação dos critérios para aferição, tendo em vista, que as operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociaç junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índ global de aplicação. A coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusi essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidades mais acessíveis. Dessa forma, a definição de um critério único impossibilitará da realização de negociações entre as partes em períodos específicos.
306606	A Lei 9656 apenas estabeleceu regras restritivas de rescisão em caso de planos individuais, em reconhecimento ao fato de que, em um contrato coletivo, de se privilegiar a autonomia da vontade das partes. O avanço da ANS para regular condições de rescisão em planos coletivos, portanto, distorce essa lógica Além disso, a possibilidade de rescisão a qualquer tempo possibilita evitar a permanência de contratos inviáveis, cuja manutenção pode comprometer toda carteira em determinados contextos. Por fim, a ANS tem cuidado de aumentar a regulação sobre esses tipos de contratos, o que garante equidade das condições, a exemplo das proposições em torno dos reajustes.
306606	Não há um índice único negociado com os prestadores que permita a adoção dessa regra. Lado outro, este normativo já dispõe no inciso IV, do art. 6º, que critérios de reajuste dos mecanismos financeiros devem estar previstos no contrato do plano, deixando claro se tratar de uma condição comercial que dev ficar a cargo das Operadoras estabelecerem as regras deste reajuste, o que conflita com esta disposição. As operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociação junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índice global de aplicação. Além disso, a coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusive, essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidade mais acessíveis, o que hoje é admitido na regulamentação, inclusive com previsão no RPC. Dessa forma, limitar o reajuste da coparticipação ao índice aplicado junto aos prestadores de serviço, principalmente nas negociações de contratos coletivo com empregadores, irá trazer um impacto negativo para o reajuste dos beneficiários pelos fatos mencionados anteriormente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306606	2025-02-07 18:00:01	Operadora
306606	2025-02-07 18:00:01	Operadora
306606	2025-02-07 18:00:01	Operadora
306606	2025-02-07 18:00:01	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306606	- § 6º É vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços de saúde dos valores devidos a □tulo de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado sempre à operadora de plano privado de assistência à saúde, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual. § 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respec□vo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato. § 8º Na modalidade de franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go, somente incidirá o limite de exposição	Exclusão
306606	- § 1º A copar□cipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.	Inclusão
306606	- § 7º O limite previsto no § 2º deste ar□go não se aplica aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento.	Alteração
306606	- Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - franquia dedu□vel acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja a□ngido o valor previsto no contrato Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 5 como franquia; e II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, n	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
306606	
306606	§1º-A Nos planos exclusivamente odontológicos, a incidência da coparticipação pode ocorrer desde a autorização para realização do procedimento demar
306606	§ 7º O limite previsto no § 2º deste artigo não se aplica aos planos de segmentação odontológica.
306606	Art. 10-A A fixação de franquia limitada por acesso, não impede a fixação de coparticipação, desde que relativo a procedimentos ou tipo de rede distinto observados os limites impostos neste normativo.

Protocolo	Justificativa
306606	O impedimento de pagamento da franquia diretamente ao prestador pelo beneficiário, irá agravar de sobremaneira o risco de crédito desses contratos, sen que hoje já existe a previsão de o beneficiário poder realizar o pagamento diretamente ao prestador de serviço nos termos da Consu nº 8/98, sem problema relatados nessa operação. O glossário da saúde suplementar, inclusive até o ano de 2012, previa expressamente que a franquia sempre era paga ao prestador, o que foi excluído na revisões posteriores, porém sem mudança de conteúdo, uma vez que continua a previsão da Consu nº 8/98, e na proposta desta CP a não responsabilidade operadora por este pagamento. Ou seja, quando a operadora não é responsável não cabe a ela transitar o recurso financeiro, pois isso gera risco de crédito não é habitual nas atividades securitárias, quando se menciona não haver responsabilidade. Portanto, essa alteração traz mudança em um conceito internacionalmente conhecido, causando impacto negativo em quem lida com atividade securitária passará a ter dois conceitos para um mesmo instituto.
306606	Em regra, os tratamentos odontológicos têm prazos mais longos dos que os tratamentos médicos, o que resulta, durante esses tratamentos, uma maior rotatividade dos beneficiários em razão de cancelamentos de planos, dispensa de empregados, entre outros. Nesse sentido, sugere-se que na definição d coparticipação, para os produtos exclusivamente odontológicos, que seja definida a possibilidade facultativa de incidência do valor do respectivo fator moderador, tanto quando da autorização que vier a ser dada para os procedimentos, quanto após a realização dos tratamentos odontológicos. Conforme relatório do AIR, há países em que a coparticipação é cobrada antes da realização do procedimento.
306606	As disposições previstas na Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamen odontológico em regime misto de pagamento, fundamentam a não incidência de limites para os planos odontológicos, sendo portanto a justificativa para a isenção da regra para os planos odontológicos. Porém, retirar essa justificativa da redação, a torna mais clara.
306606	Respeitar as realidades já existentes no mercado de planos que utilizam concomitantemente os dois fatores de moderação, ainda que adequados ao novo formato regulado.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306606	2025-02-07 18:00:01	Operadora
306606	2025-02-07 18:00:01	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306606	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
306606	- § 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão copar□cipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306606	
306606	

Protocolo	Justificativa
306606	Conforme AIR do tema elaborado pela ANS “(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimento específicos.” Essa afirmativa é relevante uma vez que, embora a coparticipação seja instituto amplamente utilizado em diversos países, não se identifica um lista de isenção, o que corrobora o entendimento de que a cobrança de coparticipação, mesmo em procedimentos considerados necessários, não descaracteriza o conceito de risco moral. Além disso, no caso brasileiro, é bastante comum planos empresariais no qual o empregador arca com o valor da mensalidade e o empregado com a coparticipação, quando da utilização, não tendo esse caso a limitação ao conceito de risco moral e sim de copagamento Ademais, embora o AIR tenha mencionado não ter realizado estudo atual sobre o tema e aproveitado o material do Anexo da RN 433, trouxe um formato diverso daquele, combinando com a TUSS, inclusive com procedimentos sequer previstos no rol de procedimentos. Se o procedimento não está no rol por si já é um grande indicativo de que não haveria razões para não exigir coparticipação, podendo até mesmo definir a cobrança da integralidade do procedimen (nos termos da ressalva assegurada pelo art.1°, parágrafo único da Resolução Normativa n° 484, de 2022): “Art. 1º Fica vedada às operadoras de planos de assistência à saúde a operação de sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serem pagos diretamente pelo consumidor ao prestador dos serviços, bem como a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998. Parágrafo único. Não está incluído, na proibição de que trata este artigo, o oferecimento de serviços complementares aos planos definidos na Lei nº 9.656, 1998, desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.” Lado outro, O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS define a cobertura mínima obrigatória a ser assegurada nos planos de saúde regulamentados. Nesse sentido, qualquer procedimento previsto no Rol tem a mesma obrigatoriedade de cobertura dos demais, de forma que essas coberturas não são estabelecidas mediante juízo de valor referente à priorização, necessidade, hierarquia ou privilégio de um procedimento frente a outro. N se apresenta razoável, por conseguinte, criar um critério de diferenciação entre os procedimentos previstos no Rol, apenas com o fim de delimitar aqueles q podem ou não estar sujeitos a incidência de fator financeiro de regulação. A Sinog está ciente que na tabela da CP não há procedimento odontológico atualmente. Porém por se tratar de CP e que possa vir a ser proposto inclusão itens odontológicos, já registra a discordância sobre a existência de tabela de isenção predefinida.
306606	Há necessidade do beneficiário ter acesso às informações sobre os procedimentos que terão coparticipação, porém listá-los individualmente no contrato apenas tornará o documento volumoso, sem benefício ou facilidade de consulta. Além disso, dado que há revisão do rol frequentemente, com incorporação automática nos produtos, a listagem dentro do contrato torna-se obsoleta em pou tempo após a sua celebração, assim, o que seria transparência, acaba não servindo para consulta no dia a dia, além de poder gerar interpretações equivocadas pelo beneficiário/judiciário, tendo em vista que existem alguns procedimentos que possuem o mesmo código TUSS, mas que com uma diretriz coberta pelo rol de procedimentos e por outra diretriz não possui cobertura.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306606	2025-02-07 18:00:01	Operadora
306606	2025-02-07 18:00:01	Operadora
306606	2025-02-07 18:00:01	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306606	- Art. 27 da RN ANS nº 565, de 2022:	Alteração
306606	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Alteração
306606	- Art. 2º da RN nº 413, de 2016	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306606	Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste: I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em c que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da c terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à da de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade será apurada tomando por base a proporção entre as de
306606	§ 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica; II - (...)
306606	É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.

Protocolo	Justificativa
306606	1) Quanto ao índice de sinistralidade, tendo em vista que não existe a nomenclatura receita direta do plano nos demonstrativos contábeis e, para não gera dúvidas sobre a forma de apuração da sinistralidade, sugere-se com esse novo texto melhor detalhar quais são as despesas assistenciais a serem verificad e as receitas de contraprestações com a devida dedução do imposto direto (que atualmente tem previsão no plano de contas da ANS, conta 32). 2) Sobre a acumulação de índice, propôs a exclusão em razão de: Quando da apuração da necessidade de aplicação de um reajuste na mensalidade de um determinado plano, espera-se que ele seja suficiente para equilibr a situação econômico-financeira para os 12 meses futuros. Quando da vedação da aplicação de reajuste por sinistralidade conjugada com um reajuste financeiro (índice de preço), não está levando em consideração a necessidade de um ajuste para estabelecer o equilíbrio futuro daquele contrato. Melhor explicando, quando da apuração de um reajuste por sinistralidade, estima-se que o perfil de utilização dos beneficiários, observados nos últimos 12 meses, se manterá nos próximos 12 meses, ou seja, estima-se um mesmo padrão de frequência de utilização e custo médio dos procedimentos. Entretanto não inclusão de um índice de preço para prever a inflação nos próximos 12 meses irá ocasionar um reajuste insuficiente ao necessário para cobrir as despes futuras, pois minimamente espera-se que ocorra um aumento na tabela de remuneração dos prestadores de serviços por um índice de preços, o qual está previsto nos contratos entre prestadores e operadoras.
306606	As disposições previstas na Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamen odontológico em regime misto de pagamento, fundamentam a não incidência de limites para os planos odontológicos, sendo portanto a justificativa para a isenção da regra para os planos odontológicos. Porém, retirar essa justificativa da redação, a torna mais clara.
306606	Manter a redação original: “É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.” Ofertar planos de saúde em plataforma digital possui impactos financeiros diretos que não foram apurados no AIR (criação, desenvolvimento, manutenção plataforma e sistemas), além de impactos operacionais na revisão de fluxos e integração com os parceiros que comercializam esses tipos de produtos. Essa situação é ainda mais gravosa quando não se verifica avaliação por porte, classificação e tipo de atenção, pois certamente os problemas regulatórios s diferentes. A título exemplificativo, o AIR disponível no site sobre o tema vincula a obrigatoriedade da oferta online ao combate à seleção de risco. Ocorre q na modalidade de planos odontológicos, por exemplo, não há queixas de seleção de risco e tampouco ausência de ofertas de planos individuais. Do mesm modo, as entidades de autogestão concentram o maior número de idosos, também não parecendo fazer sentido falar de seleção de risco. Portanto, sem o avanço do AIR dentro dos parâmetros definidos na RN 548 (porte, classificação e tipos de atenção), sugere-se manter a redação atual no qual é facultativa oferta da venda on-line.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306617	2025-02-07 18:00:05	Interessados no tema
306653	2025-02-07 18:01:57	Consultoria
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306617	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306653	- IV - Segmentação como □po de cobertura contratada no plano privado de assistência à saúde conforme o art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998.	Exclusão
306518	- § 1º Nos casos do inciso I do caput deste ar□go, poderão ser cobrados valores dis□ntos a depender da complexidade do atendimento realizado, bem como do atendimento realizado por médico generalista daquele atendimento realizado por médico especialista, conforme previsto em contrato.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306617	
306653	
306518	I - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz

Protocolo	Justificativa
306617	A função do corretor não é apenas realizar a venda. A função do corretor é dar o suporte ao beneficiário antes, durante e depois do cliente ter realizado a contratação do seu plano de saúde. Sem o suporte do corretor, o cliente ficará perdido e não terá a assistência necessária das operadoras. Se como corret já temos diversos problemas de suporte, apoio e solução de problemas para ajudar os clientes, imagine sem este apoio do corretor como os clientes ficarã A vida do beneficiário passará a ser um caos sem o suporte que o corretor oferece. Além disso, o Governo que preza a manutenção dos empregos, estara eliminando o emprego de milhares de corretores espalhados pelo país. O que precisa ser feito é facilitar a venda para que o corretor tenha a maior quantidade de produtos para ofertar para os clientes/beneficiários e não retirar seus recursos para ajudar os clientes. A retirada do corretor não fará o valor dos planos de saúde caírem de preço e podem até aumentar com a alegação das operadoras que precisam fazer investimentos para atender a este público. Dessa forma, pedimos a reconsideração e a retirada desse item para que os empregos se mantenham e possamos continuar dando a assistência necessár para todos os beneficiários.
306653	A contratação de planos e seguros saúde é complexa visto a quantidade de operadoras, regras, formas de contratação e pormenores de cada plano, operadora e modalidade de contratação. A intermediação do plano de saúde deve ser realizada por corretor de seguros habilitado, treinado e qualificado a prestar todas as informações, esclarecimento de dúvidas e dar a tranquilidade que o cliente precisa no momento da contratação. O Corretor de Seguros é tambem a segurança da operadora de que o plano esta bem explicado, vendido e o segurado consciente de seus direitos e deveres. Venda on-line para es tipo de produto é algo inviável e totalmente inaceitavel frente ao nosso pujante mercado.
306518	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto- socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de milhões de reais. Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306518	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306518	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
306518	- § 1º No caso de haver juntada de novos documentos, fica assegurado o direito à outra parte interessada para manifestação no prazo de quinze dias. § 2º Na fase de instrução do processo, as partes poderão juntar outros documentos ou pareceres, desde que pertinentes e relevantes para o deslinde da questão.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306518	
306518	
306518	rt. 23 Alteração § 1° À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias

Protocolo	Justificativa
306518	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar- condicionado ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresariais por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-se que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultando ainda mais a permanência no mercado e abrind espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto deve continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligadas
306518	redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pag pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.
306518	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece autonomia da vontade das partes Conforme o art. 421 Código Civil, partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possivel prever a rescisão imotivada por falta interesse de cima das partes, fim de garantir melhor interesse dos envolvidos. A aplicação de rescisão imotivadas em contratos juridicamente válida e necessária para preservar equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. A liberdade contratual, inclusive, de permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, âmbito do Processo n° 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Juridicas. com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora, e nem por isso a que se falar em parte hipossuficient Enfim, trata-se ,de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência que a ANS não deveria interferir. Em casos excepciona como fraudes, imposição de prazos para aviso previa e para rescisão contratual poderá agravar aínda mais o prejuízo da contratante, ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306518	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
306518	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306518	
306518	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
306518	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% decoparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”.Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derroca de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano d saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que nã terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvênc de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade isenções. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e qua ainda pode
306518	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere- se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306518	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Alteração
306518	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Exclusão
306518	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306518	II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o percentual aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realiz
306518	
306518	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa.

Protocolo	Justificativa
306518	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto- socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização da faixas etárias maiores.
306518	A redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, a para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Mais uma vez destacamos que a criação de limite mensal/anual fará com que ocorra aumento dos valores das contraprestações pecuniária e, ainda, a escassez da comercialização de produtos com fator moderador.
306518	Necessário incluir todos os planos não regulamentados, devido à defasagem que eles apresentam atualmente, gerando grandes prejuízos e vultuoso resulta negativo, que podem ocasionar a quebra da operadora, especialmente aquelas que possuam uma carteira considerável de planos não regulamentados. Apenas para citar um exemplo, dentre de tantos outros, a Unimed Sergipe possui mais de 60% da carteira nessa situação e esse é só um caso em que se n houver a possibilidade de revisão técnica, com a ocorrência do financiamento dos planos coletivos, a longo prazo certamente não será sustentável.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306518	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306518	

Protocolo	Justificativa
306518	Falta de embasamento técnico e que algumas medidas são de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, nos casos de atendimento de pronto- socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta.valor monetário no atendimento em pronto socorro limita à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendiment fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 47 milhões de reais Considerando o panorama geral das propostas, deve-se ter em mente que mesmo SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ademais, O nível de controle imposto neste parágrafo é operacionalmente inviável para as Operadoras. Exigirá sistemas de monitoramento minuciosos e ma capacidade de controle de como as despesas são associadas a cada tipo de atendimento, o que onera excessivamente a previsão orçamentária das operadoras. O aumento das despesas operacionais imposto por essa regra torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas, além de trazer como consequência a necessidade de reajuste das mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornand os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população e ampliando a exclusão do acesso a esses serviços. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Nesse sentido, sugere-se que o atendimento em pronto socorro siga a regra dos demais procedimentos ambulatoriais, sem considerar, ainda, o critério da evolução para a internação

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306518	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
306518	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306518	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306518	
306518	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta normativa prejudica a concorrência do mercado à medida que incorpora agrupamento de contratos como o perfis de risco distintos, bem conflita com a própria finalidade de existê administradora de benefícios
306518	1- os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão os Mecanismos Financeiros de Regulação;

Protocolo	Justificativa
306518	operadora deve apresentar evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar. Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, por meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formação inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. Há um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, região com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos viola princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigo contratos em que as contraprestações não são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.
306518	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta normativa prejudica a liv concorrência do mercado à medida que incorpora agrupamento de contratos como o perfis de risco distintos, bem conflita com a própria finalidade de existência da administradora de benefícios
306518	redação deve se adequar à exclusão dos limites previstos especialmente no art. 5º. Reforçamos que o Sistema Unimed não é contra à criação de limites, a para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Reitera-se que a imposição dos limites pretendidos, como demonstram os estudos realizados, considerando o AINDA QUE NÃO SE CONSIDERE O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, para as Cooperativas Médicas de Santa Catarina, haverá um aumento no custo líquido, resultando em uma redução de 10,60% no resultado líquido, equivalente a R$ 413,3 milhões. O maior impac observado foi nos contratos com 50% de coparticipação, que representam 72,3% da carteira dos planos preestabelecidos coparticipativos das operadoras d Santa Catarina, com um aumento de 14,11% ou R$ 358,5 milhões no custo líquido.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306518	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Exclusão
306518	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306518	
306518	

Protocolo	Justificativa
306518	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.
306518	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a deman no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, poi induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custassistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiário De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contrat em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de mais de 74 milhões de reais apenas na isenção sobre 4 consultas/ano. Somado a isso, ressalta-se que os dados da OMS indicam a média de realização de 4 consultas/ano, sendo assim a propos vai contra o risco moral exposto pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação perda).Da mesma forma, sobre a isenção em relação aos exames pré-natal, o impacto verificado no estudo é de mais de 10 milhões de reais. De modo geral, analisando o impacto de todas as propostas contidas, SEM LEVAR EM CONTA O AUMENTO DE FREQUÊNCIA QUE A PROPOSTA IMPÕE, ao comparar o resultado líquido das Cooperativas Médicas apenas do Estado de Santa Catarina, observa-se uma mudança de um resultado positiv de R$ 270,5 milhões para um resultado negativo de –R$ 142,8 milhões, com o número de Singulares com resultado negativo aumentando de 2 para 16. Esti se que a sinistralidade aumente em 7,5 pontos percentuais, passando de 83,74% para 91,29%. Por sua vez, no Estado do Paraná, verifica que a manutenção da regra proposta resultará no aumento de 23,23% nos preços dos planos atualmente comercializados com 30% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, em especial, decorrente da elevação da frequência de utilizaçã dos serviços de saúde; já nos planos com 50% de coparticipação e/ou franquia nos atendimentos ambulatoriais, estima-se o aumento das mensalidades e 40,28% devido as isenções impostas. Com esses aumentos, que serão necessários para manutenção dos serviços, é indubitável que a consequência será a derrocada de muitos beneficiários e também empresas, que não suportarão o pagamento das contraprestações pecuniárias, o que promoverá a elitização do plano de saúde, já que, com os aumentos que a própria ANS assume que haverá, a população não poderá manter o pagamento, incluindo muitas empresas que não terão condições de manter a contratação de plano para seus funcionários ou ainda uma segregação para alguns cargos. Com isso, haverá o estímulo do uso de cartões desconto e clínica populares, que oferecem uma assistência à saúde precária. Diante desse cenário, os impactos são enormes e não podem ser desconsiderados pela ANS, já que podem comprometer a assistência e levar à insolvênc de muitas operadoras. Se as propostas forem confirmadas, praticamente se cria uma modalidade de plano, não tendo mais a característica "coparticipativo", tamanha a quantidade isenções. Com base nos estudos realizados (os quais serão enviados à ANS), entende-se que é necessária a adequação no Anexo, no seguinte sentido:

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306518	- Art. 36. Os formulários u□lizados pelas operadoras, pelas pessoas jurídicas contratantes ou pela Administradora de Bene□cios para proposta de contratação ou adesão aos planos comercializados ou disponibilizados devem conter referência expressa à entrega do MPS e do GLC, com data e clara iden□ficação das partes e eventuais representantes constituídos.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306518	contrato agregado agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, com menos de 10 vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1° do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo deste artigo;

Protocolo	Justificativa
306518	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas aperacionais para as operadoras, tais cancelamentos renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o poo de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil). O índice financeiro é uma forma de aplicação simplificada do que chamamos de visão prospectiva, ainda que utilizarmos para essa finalidade, não é, na maioria das vezes, suficiente para suprir os incrementos de custos para o incrementos de custos para o próximo período, quando de fato utilizaremos os valores reajustado das contraprestações. No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saúd nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subindices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. . Além disso, caso a ANS gão considere os subindices, limitará 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses esta acima da meta Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam a ocorrer Ainda deve-se avaliar diferença de reajus baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero ou negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiário (set/2024). Este patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) onde a sinistralidade meta corresponde a (1 - C), sendo "C" o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é a percentual que complementa margem necessária para que operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegura

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306518	- § 1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, mesmo que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de copar□cipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306518	

Protocolo	Justificativa
306518	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. Ora, esse risco não pode ser desconsiderado, já que há alternativas com menor impacto para o instituto. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. As empresas contratantes serão fortemente impactadas por essa mudança e tenderão a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores dependentes, reduzindo assim o mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro s o aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficits do sistema público de saúde. A introdução de limites anuais e mensais de exposição financeira gera também desafios operacionais, uma vez que as operadoras terão que monitorar de perto a utilização de serviços médicos pelos beneficiários, o que exigirá sistemas mais robustos para acompanhar o quanto cada beneficiário já pagou e qua ainda pode ser cobrado antes que o limite de exposição financeira seja atingido. O aumento do custo operacional imposto por essas regras torna-se inviável para as operadoras devido à necessidade de customização de sistemas e contratação de pessoas adicionais. Se levarmos em consideração o aumento de frequência, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações da coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes, chegando a um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, entende-se que pode ser estabelecido que o valor de coparticipações não poderá ser superior a uma mensalidade, podendo ser cobrado o excedente nos meses seguintes. O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306518	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
306518	- Art. 2º da RN nº 413, de 2016	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306518	
306518	

Protocolo	Justificativa
306518	Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/2 muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é
306518	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar- condicionado ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresariais por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-se que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultand ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto deve continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligadas com fraudes e prejuízos financeiros.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306518	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão
306518	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
306518	- Art. 1º Esta resolução dispõe sobre a classificação dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, e dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e sobre os instrumentos de orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306518	
306518	
306518	

Protocolo	Justificativa
306518	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processu e judiciais.
306518	Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o at jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros
306518	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: a objetivo do índice de preço é recomposição inflacionário perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figu jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que pretende existir nas relações assistenciais. Cláusu sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: = Reajuste Final (1+Reajuste Técnico %) X (1+Índice Financeiro%) -1 = Reajuste Técnico Máx. (Sin. Observada/Sin. Meta -1;0) Se objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração do índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante, e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pelas operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálculo utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho seguir do RAIR, "Aumento do preço de entrada para contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços por contra em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento do agrupamento e da limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar um aume no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala que os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução se núme dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde pública e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306518	- Art. 37. Os contratos de planos privados de assistência à saúde cole□vos vigentes que permaneçam incompa□veis com os parâmetros fixados nesta resolução, especificamente quanto às condições de elegibilidade previstas nos ar□gos 5º e 15 desta resolução, não poderão receber novos beneficiários, ressalvados os casos de filhos e novo cônjuge do titular.	Alteração
306518	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306518	§1° E facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais agrupamento beneficiários no contrato descrito no caput desde que estabeleça expressamente cláusula contratual qual será quantidade de beneficiários a ser considerada formação do agrupamento.
306518	

Protocolo	Justificativa
306518	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o porte de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar diluição do risco mais participantes. A sugestão é qu seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de campo de negociação entre operadoras a empresas é fundamental para à saúde do mercado e atenção liberdade econômica enquanto pi constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, fari com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, prejuízo do mercado com um todo.
306518	entendemos que deve entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fáci compreensão por todos que participam do contrato coletivo. Os indices em questão visam atender finalidades distintas e complementares: o objetivo do indice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor moeda nos 'últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contr deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem fic destacadas para assegurar equilibrio e em beneficio da própria transparência que se pretende exigir. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolherem entre ajustar os preços com base na inflação geral ou cor base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente realidade financeira de todos os contratos. nanceiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. Ao se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte é'a necessár correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índi de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato. Portanto, a vedação da acumulação de indices tende a acentuar a pressão financeira sobre as operadoras, especialmente em períodos de inflação elevada de variações significativas nos custos com assistência médica, prejudicando o ajuste necessário para manter o equilíbrio e a sustentabilidade dos contrato.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306518	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
306518	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306518	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
306518	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.

Protocolo	Justificativa
306518	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mais inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência da cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido.
306518	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere- se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuari de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de um carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora
306518	2025-02-07 18:11:24	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306518	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Inclusão
306518	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
306518	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
306518	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Inclusão
306518	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306518	IV – às operadoras possuírem programas de promoção à saúde e prevenção de doença, bem como produtos de atenção primária à saúde.
306518	
306518	
306518	§ 5º - Procedimentos engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, entre outros insumos inerentes. § 6º - É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente a procedimentos agendados e não realizados pelo mesmo em razão de sua falta não comunicada desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.
306518	

Protocolo	Justificativa
306518	Entendemos que a possibilidade de incentivar a sustentabilidade do setor e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à saúde de forma preventiva e mais asserti é criar a possibilidade de afastar as isençõespropostas quando o beneficiário estiver vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse d algum Promoprev. Tal regra estimularia o beneficiário a participar de programas de medicina preventiva e as operadoras de criarem esse tipo de programa beneficiando o mercado e atraindo mais beneficiários. Vale dizer que a ANS deve estimular essa prática e tal medida vai ao encontro das recentes propostas da DIDES.
306518	Com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operadora faça a precificação mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.
306518	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário d contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil.norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em raz dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.
306518	ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, para ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas. Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado. O beneficiário realiza o agendamento de forma espontânea e, no caso de não comparecimento, deve comunicar à rede prestadora ou, ainda à operadora Vale ressaltar que desde 2016 as operadoras, por força da regulação, foram obrigadas a constituírem centrais de atendimento presencial e telefônica, que podem ser utilizadas para esse fim, caso o beneficiário não o faça diretamente ao prestador.
306518	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306639	2025-02-07 18:14:22	Consultoria
306639	2025-02-07 18:14:22	Consultoria
306639	2025-02-07 18:14:22	Consultoria
306639	2025-02-07 18:14:22	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306639	- Art. 53. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de fevereiro de 2023.	Alteração
306639	- Art. 38. Ressalvada a hipótese prevista no art. 39, a operadora, após a apuração da quan□dade de beneficiários prevista no art. 40, calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.	Alteração
306639	- Art. 42. A operadora deverá divulgar até o primeiro dia ú□l do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como iden□ficar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no aplica□vo RPC, e seus respectivos produtos, com número de registro na ANS.	Inclusão
306639	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306639	Art. 53. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de janeiro de 2026.
306639	Art. 38. Ressalvada a hipótese prevista no art. 39, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista no art. 40, calculará um percentu reajuste com todos os seus contratos coletivos por adesão e outro percentual com todos os seus contratos coletivos empresariais, que deverá ser aplicad todo o agrupamento dos seus contratos.
306639	Art. 42 (...) § 3º O primeiro reajuste do agrupamento de contratos de 1.000 vidas será somente a partir de maio de 2026.
306639	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos por adesão agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais, ambos com menos de mil beneficiários, para o cálculo do percentual de reajuste que aplicado a esses agrupamentos. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos por adesão e agregar contratos coletivos empresaria mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantid beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. § 2º Qualquer que seja a quantidade de beneficiários estabelecida pela operadora de planos privados de assistência à saúde para formar o agrupament

Protocolo	Justificativa
306639	Adaptação de sistema ao tema, principalmente pelo levantamento dos dados que comporão o agrupamemnto.
306639	O perfil de utilização dos beneficiários observado em contratos coletivos empresariais e coletivos por adesão são significativamente diferentes. Tal impacto e pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contratos com até mil vida e, em administradoras de benefícios como coestipulante seria praticamente toda a carteira adesão, a apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos coletivos empresariais, que, em regra geral, apresentam reajustes inferiores, como pode ser visto no próprio painel dinâmico de reajuste de coletivos da ANS.
306639	Incluir o § 3º no art.42, pois faltou a ANS deixar claro quando o novo limite de vidas do pool terá vigência, não sendo ideal ser ainda em 2025, pois ficaria u tempo muito apertado para essa apuração, dado que ainda não sabemos quando haverá a publicação da resolução alterada e muitas operadoras já apura seu reajuste em março, para haver tempo hábil de ajustar o sistema, boletos/faturas de cobrança e preparação do extrato pormenorizado .
306639	O perfil de utilização dos beneficiários observado em contratos coletivos empresariais e coletivos por adesão são significativamente diferentes. Tal impacto e pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contratos com até mil vida e, em administradoras de benefícios como coestipulante seria praticamente toda a carteira adesão, a apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos coletivos empresariais, que, em regra geral, apresentam reajustes inferiores, como pode ser visto no próprio painel dinâmico de reajuste de coletivos da ANS.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306639	2025-02-07 18:14:22	Consultoria
306639	2025-02-07 18:14:22	Consultoria
306639	2025-02-07 18:14:22	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306639	- Art. 39. O agrupamento de contratos cole□vos de que trata o art. 37 desta Resolução poderá ser desmembrado em até três subagrupamentos, separados pelo □po de cobertura, que é definido de acordo com a segmentação assistencial do plano ao qual o contrato está vinculado, da seguinte forma: I - sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial "ambulatorial" e "ambulatorial + odontológico";	Alteração
306639	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306639	- Art. 48. As autorizações de reajuste de planos individuais ou familiares regulamentados, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, expedidas na vigência da Resolução Norma□va nº 171, de 29 de abril de 2008, permanecem em vigor até o final do período mencionado nos respectivos ofícios autorizativos. Art. 49. Os contratos cole□vos empresariais ou por adesão, firmados antes de 24 de outubro de 2012 e que não tenham sido aditados para adequação de suas cláusulas à metodologia do agrupamento de contratos para fins de cálculo e aplicação de reajuste anual por variação de custo, não poderão receber novos beneficiários, à exceção de novo cônjuge e filhos do titular.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
306639	Art. 39. Os dois agrupamentos de contratos coletivos de que trata o art. 37 desta Resolução poderá ser desmembrado em subagrupamentos e suas combir da seguinte forma : (...) IV – Planos com e sem Atenção Primária à Saúde; V – Planos com e sem previsão de fator moderador financeiro. § 1º Caso a operadora de planos privados de assistência à saúde opte pelo desmembramento, poderá ocorrer a aplicação de percentuais de reajuste difer dentro do mesmo contrato coletivo, de acordo com o número de subagrupamentos e suas combinações . § 2º A quantidade de percentuais de reajuste diferentes aplicados com base no § 1º deste artigo deverá guardar relação com a quantidade de subagrupam suas combinações, que deverá estar expressamente estabelecida no contrato coletivo, e sua alteração somente poderá ocorrer mediante aditamento dos c
306639	
306639	Art. 49 (...) § 1º Os contratos atualmente previstos com pool de risco até 29 beneficiários passam a ser considerados integrantes do novo pool de que trata essa Reso independente de aditamento contratual.

Protocolo	Justificativa
306639	Alteração do art. 39 para inclusão do subgrupo “Com e Sem Atenção Primária à Saúde”: Considerando que os custos assistenciais vêm apresentando um crescimento real significativo nos últimos anos, e esse crescimento tende a ser continuado em função do desenvolvimento de novos tratamentos e novas tecnologias, uma das principais formas de tentar reduzir esse crescimento dos custos assistenciais, e manter um plano de saúde mais acessível aos beneficiários é a instituição de planos com Atenção Primária à Saúde – APS. A ANS inclusive busca incentivar as OPS na criação desses planos, por exemplo, por meio da instituição de pontuação base na dimensão “Qualidade em Atenção à Saúde”, no Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar – IDSS. Espera-se que o comportamento dos custos assistenciais desses planos seja diferente dos demais planos que não possuem APS, e, por consequência, os seus reajustes sejam menores. A inclusão desses planos no agrupamento do contrato irá contra todos os esforços da OPS e da própria ANS, uma vez que os reajustes serão contaminado pelo crescimento dos demais planos. Para inclusão do subgrupo “Com e Sem Fator Moderador Financeiro”: É sabido que planos sem fator moderador financeiro possuem frequência de utilizaçã muito superior aos planos que possuem esse mecanismo. Tal impacto era pequeno para o mercado quando o agrupamento de vidas era para contratos com até 30 vidas, entretanto, com a ampliação para contrato com até mil vidas a apuração conjunta dos reajustes pode prejudicar os beneficiários vinculados aos contratos com previsão de coparticipação/franquia, qu em regra geral, apresentam reajustes inferiores. Alterado os parágrafos somente para prever que possa ter combinações de subagrupamentos (por exemplo, estes 3 subagrupamentos:planos com APS, planos sem APS com copart e outro planos sem APS sem copart)
306639	Exclusão do §5º do artigo 40. Conforme a própria ANS menciona em seu AIR, a maioria dos contratos hoje coletivos por adesão, não estão contemplados pelo pool, pois as operadoras negociam um reajuste único no contrato com a administradora, dado que há a mistura de contratantes até 29 vidas e acima de 29 vidas. Assim, não faria sentido juntar esse público com os empresariais até mil vidas, devendo manter a redação sem alteração. Caso a ANS queira manter a alteração do §5º do artigo 40, mais uma vez sugerimos que exista o pool de risco de planos coletivos por adesão e um outro pa os empresariais até mil vidas, pois os riscos são bem distintos .
306639	Inclusão de § 1º no art. 49. Como não há item de contribuição para o art. 49 na CP 145, utilizou-se o item de contribuição do art. 48, mas a alteração seria para o art. 49. Justificativa: faltou a ANS definir como ficará a transição do pool já existente 29 para 1.000 vidas em termos práticos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306672	2025-02-07 18:15:01	Consultoria
306674	2025-02-07 18:15:26	Outro
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306672	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306674	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306651	- § 6º É vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços de saúde dos valores devidos a □tulo de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado sempre à operadora de plano privado de assistência à saúde, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual. § 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respec□vo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato. § 8º Na modalidade de franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go, somente incidirá o limite de exposição	Exclusão
306651	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração
306651	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, dis□ntos e escalonados por grupos de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306672	
306674	
306651	
306651	Art. 3º - I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares;
306651	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, distintos e escalonados por de procedimentos, prestadores, forma de acesso, considerando o custo e a complexidade destes.

Protocolo	Justificativa
306672	Somos uma corretora de planos de saúde e seguros de São Paulo com mais de 150 profissionais que trabalham conosco. Somos totalmente contra a mudar de facultativa para obrigatória a oferta de planos de saúde online pelas operadoras sem o corretor. A pesquisa e orientação de um profissional é essencial sem esse papel é ilusão achar que a maioria dos clientes conseguiria encontrar o plano ideal. São tantas regras, condições, critérios de elegebilidade, coparticipação, claúsulas contratuais, etc que o corretor precisa conhecer para orientar o cliente que é inviável para um cliente sozinho de forma online conseguir diretamente com a operadora distinguir qual o melhor plano de saúde e avançar com todo processo documental. Nós não encarecemos o sistema, pois nosso papel é fundamental e sem ele a operadora teria que ter sua própria equipe de vendas e consultores internos. operadoras que tentaram vender sem o corretor não tiveram êxito e desistiram há muito tempo.
306674	Sou contra essa obrigatoriedade , porque acho o corretor de planos de saúde essencial ao atendimento geral , seja para venda , auxilio e o que mais for preciso no seu auxilio . sem mais
306651	Se a franquia é o valor até o qual a operadora não tem responsabilidade pelo pagamento, a regra proposta em minuta é controversa ao dizer que a operado sempre será a responsável pelo pagamento ao prestador e cobrança com o beneficiário.
306651	É fundamental ressaltar que a existência de um desequilíbrio econômico-financeiro em determinada carteira de planos de saúde pode não ser suficiente pa caracterizar um desequilíbrio generalizado da operadora, nem para inferir sobre sua capacidade de cumprir com suas obrigações financeiras. Portanto, a concessão da revisão técnica não deve estar condicionada à comprovação do desequilíbrio total da operadora, mas sim a demonstração de que o desequilíb identificado em determinada carteira compromete a sua sustentabilidade.
306651	As segmentações poderão ser analisadas pelas operadoras da forma mais adequada ao objetivo do mecanismo financeiro de regulação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306651	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
306651	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração
306651	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração
306651	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Alteração
306651	- Art. 6º A ANS definirá em Instrução Norma□va como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.	Alteração
306651	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306651	
306651	§ 3º Após o 30º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, independente do produto contém o fator moderador de coparticipação, e h previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9 norma.
306651	Art. 3º - II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 2 (dois) anos;
306651	Art. 5º II – limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior ao valor da contraprestação pecuniária base devida pelo mesmo beneficiário.
306651	Art. 6º A ANS definirá em Instrução Normativa como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de val procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.
306651	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de referência de remuneração praticados entre a operado planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.

Protocolo	Justificativa
306651	Art. 6º V - os valores monetários fixos referentes aos atendimentos realizados em pronto-socorro e em regime de internação, conforme previsão do art. 8º desta Resolução Normativa.
306651	A inclusão sugerida trará mais clareza à regra, evitando dúvidas na construção e comercialização de produtos. Alteramos de 31º para 30º pois na minuta o 31º dia não estava contemplado em nenhuma das duas condições.
306651	Entendemos que a comprovação por dois anos é suficiente para justificar a necessidade de revisão técnica. O relatório de AIR não apresenta estudo elaborado, com razoabilidade e transparência para se chegar aos três anos.
306651	Com a alteração sugerida, o beneficiário terá a segurança de limitação do valor e as operadoras poderão praticar limitadores variados dentro da legislaçã
306651	Apenas um alerta para informar que é de suma importância que seja dada publicidade aos dispositivos que a Agência menciona virem por meio de instruçã normativa, em observância, inclusive ao princípio da transparência. Essa prática contribuiria para a elaboração do documento que estabelecerá os procedimentos e padrões relacionados à aprovação da Revisão Técnica.
306651	A proposta de alteração tem como objetivo garantir que a tabela de valores divulgada nos instrumentos regulamentados funcione como uma referência, preservando, contudo, a esfera privada das negociações de valores entre as partes envolvidas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306651	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
306651	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
306651	- § 2º A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora de plano privado de assistência à saúde não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
306651	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
306651	- § 1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, mesmo que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de copar□cipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.	Alteração
306651	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
306651	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração
306651	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306651	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 2 (dois) meses após a publicação desta Resolução.
306651	
306651	§ 2º A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora de plano privado de assistência à saúde r responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede própria, credenciada, referenciada ou cooperada. Poden paga diretamente ao prestador ou à operadora.
306651	
306651	Art. 5º § 1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, mesmo que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, r ao mês, livre de coparticipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional e sem considerar alteração de valor pelo benefício da remis
306651	Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em realizados em atendimentos ocorridos em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:
306651	Alteração - Art. 5º O cálculo da revisão técnica deverá ser desenvolvido por Atuário com certificação expedida pelo Instituto Brasileiro de Atuária para risc saúde. Parágrafo único: O documento a ser expedido deverá respeitar o que está disposto no Pronunciamento Atuarial CPA 39.
306651	

Protocolo	Justificativa
306651	Entendemos que o prazo de 9 meses não está alinhado à celeridade necessária ao mercado e impressa pela própria agência nos demais itens tratados na política de preços e reajuste.
306651	Neste caso serão dois diferentes atendimentos que possuem previsibilidade de coparticipação. Além disso, poderá ocorrer problemas operacionais decorrentes do fluxo de cobrança por parte do prestador. Imagine o fluxo: 1- O prestador cobrará a consulta de P.S, 2- a operadora cobra a coparticipação pelo PS e 3- o prestador cobra a internação. Desta forma a OPS deverá rever coparticipação de outr competências para recálculo e devolução em função do fluxo de aviso e cobrança.
306651	Importante ter a opcionalidade e também prever a rede própria da Operadora.
306651	O preço do plano de saúde é calculado como mensalidade. E todo controle de pagamento, inadimplência, aplicação de reajuste ocorrem na base mensal. Assim, entendemos que o limite de cobrança de coparticipação não faz sentido ser equiparado ao valor anual.
306651	Importante ter a avaliação mensal, pois o beneficiário sofre reajuste por faixa etária e pode alterar o produto ao longo da vigência. Para os contratos coletivo a vigência contratual, para fins de atualização anual da mensalidade, é única para o contrato e não por beneficiário. Além disso, deve ser prevista a condiçã de remissão da mensalidade que não pode impedir a cobrança da coparticipação.
306651	Conforme justificado anteriormente, entendemos que o P.S. poderá ser cobrado em % conforme outros itens de despesa deixando a diferenciação apenas para a internação em função de seu custo médio.
306651	A regulamentação da RT se faz necessária e os parâmetros para este estudo estão devidamente definidos no CPA 39. Considerando a natureza técnica atuarial do estudo, a exigência de certificação garantirá que os profissionais responsáveis tenham a devida capacitação. A certificação expedida pelo IBA é atualmente uma exigência para realização da auditoria atuarial em seguros, normatizado pela Susep, sendo assim uma forma legítima de viabilizar que tai estudos sejam realizados por profissionais tecnicamente preparados.
306651	Não aplicabilidade da exposição anual.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306651	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
306651	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
306651	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
306651	- § 1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, mesmo que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de copar□cipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.	Alteração
306651	- § 2º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, até o 30º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma. § 3º Após o 31º dia de internação, consecu□vos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar copar□cipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.	Alteração
306651	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
306651	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306651	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
306651	Art. 3º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever procedimentos ou eventos em saúde que serão isentos da cobrança Mecanismos Financeiros de Regulação.
306651	Art. 8º II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e e realizados.
306651	Art. 5º § 1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, mesmo que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, r ao mês, livre de coparticipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional e sem considerar alteração de valor pelo benefício da remis
306651	§ § 2º Nos casos de internações psiquiátricas, independente do produto conter o fator moderador de coparticipação e havendo previsão contratual, até o 30 internação, consecutivos ou não, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma.
306651	Art.8º Esta Resolução entrará em vigor em 90 dias a contar da data de sua publicação.
306651	

Protocolo	Justificativa
306651	Recomenda-se que as operadoras tenham liberdade de negociar a aplicação de percentual de fator moderador de até 50%, a fim de harmonizar com a regulação atual que possui tal previsão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (RN 465/21), no caso das internações psiquiátricas, e na RN 487/22 que trata de contrato acessório de medicamentos de uso domiciliar. Além de ter a possibilidade de atender demandas pontuais de contratos de maior porte que, para manter o fornecimento do seguro saúde aos seus funcionários, solicita formatos diferenciados de coparticipação.
306651	Excluir a lista obrigatória e deixar a previsão para a isenção ser definida por cada operadora para seus produtos. Entendemos que as operadoras poderão praticar as isenções preventivas como diferenciais em seus produtos e estimular a participação dos beneficiáios se programas de cuidado com a saúde e prevenção de doenças. Além disso, obrigatoriedade de isenção de toda a lista da minuta, impactará diretamente no preço do produto disponibilizado, encarecendo e prejudicando acesso aos consumidores. Ainda reduzirá a diferenciação entre produtos, reforçando que apenas a rede é o parâmetro de diferença significativa. Avaliando a operacionalização, também identificamos forte risco de não atendimento de forma consistente, causando maior insatisfação dos beneficiários consequente aumento na judicialização e NIP.
306651	Entendemos que o limite de exposição financeira tem o objetivo da previsibilidade de pagamento para o beneficiário mensalmente, mas não se aplica a limitação por procedimento. Além disso, a regra na minuta apresenta tamanha complexidade de operacionalização para as OPS e de entendimento e contro para os beneficiários, podendo causar inúmeros questionamentos e insegurança aos mesmos.
306651	Importante ter a avaliação mensal, pois o beneficiário sofre reajuste por faixa etária e pode alterar o produto ao longo da vigência. Para os contratos coletivo a vigência contratual, para fins de atualização anual da mensalidade, é única para o contrato e não por beneficiário. Além disso, deve ser prevista a condiçã de remissão da mensalidade que não pode impedir a cobrança da coparticipação.
306651	Manutenção da regra atualmente vigente. Entendemos apresentar maior clareza, evitando dúvidas na construção e comercialização de produtos e diferentes regras dentro do mesmo.
306651	Entendemos que o prazo da minuta não está alinhado à celeridade necessária ao mercado e impressa pela própria agência nos demais itens tratados na política de preços e reajuste.
306651	Não aplicabilidade da exposição anual.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306651	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
306651	- Art. 2º São espécies de Mecanismos Financeiros de Regulação: I - coparticipação; e II - franquia.	Alteração
306651	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Exclusão
306651	- § 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão copar□cipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.	Alteração
306651	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
306651	- § 1º A tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverão constar de forma destacada no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em norma□vo específico, no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.	Alteração
306651	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306651	
306651	Art. 2º Para fins desta norma entende-se como Mecanismos Financeiros de Regulação os fatores moderadores destinados a incentivar o uso consciente serviços de saúde no mercado de Saúde Suplementar.
306651	
306651	§ 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão coparticipação deverão estar disponíveis aos beneficiários em todos os meios através d a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS. A sua forma de disponibilização estar registrada em contrato, regulamento ou instrumento congênere.
306651	
306651	§ 1º A tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste artigo, deverão estar disponíveis desde o mo da contratação do produto na forma prevista em normativo específico, no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS. E sua for disponibilização deverá ser informada em contrato, regulamento ou instrumento congênere.
306651	Alteração – Art. 4º A operadora contemplada com o instituto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a portabilidade entre planos individuais ou familiares que estejam com comercialização ativa; e II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses.

Protocolo	Justificativa
306651	A referida redação viola o ato jurídico perfeito, considerando que altera cláusulas contratuais celebradas anteriormente à vigência do normativo, violando a segurança jurídica.
306651	Diante da ausência de uma definição clara para Mecanismos Financeiros de Regulação na Consul 08, consideramos fundamental que a ANS estabeleça qu esses mecanismos têm como objetivo principal promover o uso consciente dos serviços de saúde, por meio da implementação de fatores moderadores, en observância ao princípio da transparência.
306651	Entendemos que o limite de exposição financeira tem o objetivo da previsibilidade de pagamento para o beneficiário mensalmente, mas não se aplica a limitação por procedimento. Além disso, a regra na minuta apresenta tamanha complexidade de operacionalização para as OPS e de entendimento e contro para os beneficiários, podendo causar inúmeros questionamentos e insegurança aos mesmos.
306651	É clara a importância da divulgação e acesso ao beneficiário, contudo, considerando as frequentes atualizações do Rol de procedimentos e o processo de reajuste de valores, fixar a tabela em contrato fará com que o beneficiário em pouco tempo esteja com a informação desatualizada.
306651	Alinhada a proposta de previsão somente de limite mensal.
306651	É clara a importância da divulgação e acesso ao beneficiário, contudo, considerando as frequentes atualizações do Rol de procedimentos e o processo de reajuste de valores, fixar a tabela em contrato fará com que o beneficiário em pouco tempo esteja com a informação desatualizada.
306651	A exigência da oferta de planos individuais como contrapartida para a concessão de revisão técnica é inadequada e viola os princípios constitucionais da liv iniciativa. Não identificamos embasamento técnico que justifique a aplicação da revisão técnica e a venda de planos individuais/familiares. É fundamental que a ANS estabeleça critérios de forma clara e objetiva.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306651	2025-02-07 18:16:32	Operadora
306706	2025-02-07 18:39:07	Interessados no tema
306704	2025-02-07 18:41:47	Consultoria
306704	2025-02-07 18:41:47	Consultoria
306702	2025-02-07 18:42:37	Prestador
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306651	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
306706	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306704	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306704	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306702	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306637	- § 2º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, até o 30º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma. § 3º Após o 31º dia de internação, consecu□vos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar copar□cipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306651	
306706	
306704	
306704	
306702	
306637	Alteração no §3º (não aparece a opção de selecionar este parágrafo no formulário): § 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, independentemente do produto conter o fator moderador de coparticipaç havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º d desta norma.

Protocolo	Justificativa
306651	Art. 3º - III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospita Justificativa: A exigência de planos individuais como contrapartida é uma prática distorcida que fere os princípios básicos da economia de mercado e da regulação do se de saúde suplementar. Ao condicionar a concessão de revisão técnica à oferta de planos individuais, está se impondo uma medida que fere a liberdade de escolha das operadoras e que pode comprometer a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários. Cada carteira de planos deve ser analisada de forma individualizada, e a concessão de revisão técnica deve estar condicionada à comprovação do desequilíbrio financeiro específico dessa carteira, sem que haja qualquer tipo de vinculação com a oferta de outros produtos. Reforçando a avaliação segmentada, temos o processo de registro de produtos que considera como uma de suas características de diferenciação para criação e preço o tipo de contratação.
306706	As operadoras não tem atendimento adequado com os clientes.
306704	Com corretor, já é difícil entender. Sem, os problemas serão imensuráveis
306704	Para contratação de plano de saúde é necessário ter um consultor muito experiente.
306702	•Milhares de pessoas ficarão sem renda, pois os corretores sustentam suas famílias com as vendas de planos de saúde; •A venda de planos de saúde é totalmente consultiva, requer muitas explicações, esclarecimentos de dúvidas, etc. Impossível de serem esclarecidas por atendimento remoto com “Robôs”, e as Operadoras não tem estruturas para uma venda de qualidade. etc
306637	A norma incentivará a internação psiquiátrica, que é contrária às diretrizes do MS. Atualmente não há norma que determine a obrigatoriedade de registro d produto com fator moderador para que seja cobrada a coparticipação em casos de internações psiquiátricas, preza-se pela segurança jurídica e pela manutenção do referido entendimento, bem como pela possibilidade de a cobrança da coparticipação ser em percentual nos primeiros 30 dias de internaçã visando sempre o fomento a desospitalização.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306637	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
306637	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
306637	- § 3º Para fins de observância do limite de exposição financeira anual, considerar-se-ão os procedimentos e/ou eventos em saúde efe□vamente realizados dentro do respec□vo período anual, sobre os quais incidiram Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
306637	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Exclusão
306637	- § 1º A copar□cipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306637	
306637	Art. 6º Quando aplicados os Mecanismos Financeiros de Regulação, o contrato deve fazer referência a esta resolução normativa e aos procedimentos pc mencionados, de forma clara e destacada, com, informações relacionadas a cada espécie
306637	
306637	
306637	§ 1º A coparticipação é o valor devido, conforme previsão contratual, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiár

Protocolo	Justificativa
306637	III - os limites de exposição financeira; Justificativa: A minuta de norma elimina as vantagens dos planos com MFR, que incentivam o uso racional, o compartilhamento parcial das despesas com o beneficiários, essas características propiciam o aumento da eficiência operacional do setor, menor variação de custos e preços mais competitivos. O excesso de limites com o extenso rol de procedimentos, os limites mensal e anual e o percentual máximo para a coparticipação, inviabilizará a oferta de planos com MFR e equiparará o preço aos planos sem MFR, com isso, haverá redução do interesse por produtos com MFR por toda sociedade. Os preços dos planos com MFR serão onerados e igualados aos planos sem MFR tirando do mercado planos mais acessíveis à população em geral. O limi definido na proposta não foi precedido de estudo que demonstre que esta é a alternativa menos restritiva capaz de atingir o objetivo almejado.
306637	Deve constar no contrato a previsão e referência ao MFR e no PINSS o detalhamento dos mecanismos, sob pena de por exemplo alteração/nova inclusão lista de procedimentos isentos implicar no aditamento desses instrumentos, o que causará insegurança jurídica, impacto financeiro e operacional.
306637	A proposta contraria o princípio da segurança jurídica, fundamental para garantir a estabilidade e a previsibilidade nas relações jurídicas. Dado um limite orçamentário, por que não transferir essa questão para o mês subsequente, considerando que o valor em questão foi excedido? É necessário ponderar algumas variáveis, como: e se toda a utilização do beneficiário ocorrer no último mês do período anual de vigência? se beneficiário optar por realizar todos o procedimentos em um único mês para ter menor efeito dos fatores. Além disso, observa-se o aumento do risco moral e incentivo a comportamentos oportunistas gerando aumento de preço como informado pela própria ANS no relatório de AIR e retirando do mercado uma opção de preço mais acessível a beneficiários. Traz elevada dificuldade na tarifação do produto.
306637	Os valores e percentuais deverão ser definidos pelas operadoras considerando a diferenciação de mecanismos de regulação financeira por prestador e form de acesso, para assegurar a possibilidade de negociação contratual. Deve ser facultado estabelecer limites distintos e escalonados por prestador, é comu uma empresa solicitar a redução do limite para prestadores próximos a sua localidade.Sugere-se a exclusão do parágrafo considerando que dados da ANA indicam que 80% dos atendimentos em pronto-socorro não correspondem a casos de real urgência ou emergência. Cercear o mecanismo de regulação pa essa finalidade é cercear a regulação médica, isso impede que as operadoras realizem uma gestão eficiente de seus recursos, em detrimento da qualidade atendimento, prejudicando tanto os pacientes quanto o sistema de saúde como um todo. Ademais, pode representar uma forma de orientação, uma vez que prontos-socorros com preços mais elevados; proporcionalmente, o valor fixo será superior em alguns estabelecimentos do que em outros, tornando incoere tal proibição. Além disso, é importante ressaltar que, em alguns casos, a variação de preços é solicitada pelos próprios contratantes. Por questões de proximidade geográfica e controle sobre o plano de saúde de seus colaboradores, algumas empresas solicitam essa diferenciação, assim entende-se que possibilidade de cobrança diferenciada deve ser estendida a todos os procedimentos.
306637	Adequação de texto para atender as especificidades da operação, da região, do prestador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306637	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
306637	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
306637	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
306637	- § 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão copar□cipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306637	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de referência de remuneração praticados entre a operadoı planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.
306637	
306637	Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em realizados em atendimentos ocorridos em regime de internação.
306637	§ 3º Os procedimentos, grupos de procedimentos ou eventos em saúde sobre os quais incidirão coparticipação poderão ser elencados no contrato ou disponibilizados na área logada do beneficiário, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em confo com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.

Protocolo	Justificativa
306637	A proposta de alteração tem como objetivo garantir que a tabela de valores divulgada nos instrumentos regulamentados funcione como uma referência, preservando, contudo, a esfera privada das negociações de valores entre as partes envolvidas.
306637	Parágrafo único: A redação viola o ato jurídico perfeito e o pacta sunt servanda, considerando que altera cláusulas contratuais celebradas anteriormente à vigência do normativo, violando a segurança jurídica e importará em aumento do preço. O disposto neste artigo está em desconformidade com o princípio d irretroatividade e da proteção do ato jurídico perfeito, segundo o qual a nova norma não pode ser aplicada às situações constituídas sobre a vigência da norı revogada ou modificada. A proposta normativa acerta ao não obrigar a adaptação dos contratos, mas se equivoca ao determinar a adaptação quando houv alteração da cláusula de disponha sobre MFR.
306637	A cobrança por internação pode desestimular o uso adequado do pronto-socorro, levando à busca por atendimentos ambulatoriais em situações que demandam atendimento de urgência e emergência. Existem pacotes de pronto-socorro, garantindo que os beneficiários tenham acesso a serviços de qualidade, independentemente do prestador escolhido. Além disso, é necessário encontrar um equilíbrio entre a necessidade de garantir a sustentabilidade sistema e a garantia do acesso aos serviços de saúde para os beneficiários.
306637	Propõe-se a modificação do dispositivo pelos seguintes motivos: a dificuldade em elencar, nos contratos, os procedimentos e eventos de saúde sobre os qu incidirá coparticipação torna tal proposta inadequada, tendo em conta o processo dinâmico de atualização do rol, que mensalmente pode incluir novos procedimentos ou tecnologias. Essa situação resultará em uma onerosidade excessiva para as operadoras, sem que haja comprovação de benefícios, configurando em abuso do poder regulatório. Nesse contexto, sugere-se a disponibilização das informações na área logada do beneficiário/contratante. Ademais, não foi observado no relatório de AIR o mapeamento do impacto operacional e financeiro grave.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306637	- Art. 1º A presente Resolução Norma□va dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 1 fatores moderadores de u□lização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea “a” do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respec□vas alíneas do art. 19, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos e	Exclusão
306637	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306637	"Justificativa: Apesar do pouco tempo conferido à sociedade para avaliar todos os impactos dos 4 temas de elevado impacto para o setor reunidos na Pc submetida à sociedade por meio da CP 145, seguem ao longo do material as contribuições da Sul América. Sugere-se a não publicação da minuta de reajuste, de modo contrário, resultará em resultados opostos ao esperado, com menor acesso e maiores pre Há falhas no processo de participação, nem todos os dispositivos da norma estão abertos no site da ANS para comentários na Consulta Pública. É notório e a ANS reconhece na AIR, o interesse por parte dos contratantes a planos com MFR e que há grande relevância para o setor. É demonstrado na AIR o aumento da quantidade de planos ativos com fatores moderadores, chegando a ultrapassar os planos sem essa característica, demonstra elevada demanda e oferta a esse tipo e produto. Importante também registrar que há baixo quantitativo de reclamações que justifique a implementação de regulação que alterará drasticamente o modelo produtos com MFR e que reduzirá drasticamente a diferença de preço entre produtos com e sem MFR, resultados que certamente não se pretende cor publicação da norma. O sucesso do modelo e o baixo número de demandas comprovam que as normas atuais são suficientes e adequadas para reger os mecanismos de regu financeira. No entanto, a minuta proposta pela ANS estabelece um conjunto de regras que limitam a utilização desses mecanismos pelo setor, interferindo de mo desproporcional na atividade econômica, na autonomia de vontade das partes; e gerando, ainda, efeitos gravosos para os próprios consumidores. O excesso de regras que limitam a cobrança implicará necessariamente na majoração da contraprestação para que se mantenha a sustentabilidade econ financeira do plano, efeito não desejado pela sociedade. Além disso, as regras propostas resultariam na redução da oferta e redução da população que possui planos de saúde, os empurrando ao SUS ou ainda a de desconto, situação em que o consumidor arca integralmente com o serviço. Deve-se manter a liberdade econômica dos agentes regulados. Produtos com MFR oferecem acesso a serviços, sendo certo que já é vedada a participação integral e nos casos de planos coletivos a empresa já deve obs limite máximo de desconto na folha de pagamento. Além disso, é comum quando há necessidade de realização e um número elevado de procedimentos a migração para um produto sem MFR. Para comparar corretamente a diferença de preços de planos com e sem fator moderador deve ser considerada a característica do produto, não se deve co somente para o preço e a existência de fator moderador. Ao comparar produtos semelhantes a diferença de preços é significativamente inferior à diferença encontrada pela ANS na AIR. A minuta traz excesso de limites, como o percentual máximo por procedimento, os limites mensal e o anual e a lista de quase 300 procedimentos sem possibilidade de cobrança, essas limitações farão com que os preços dos planos com e sem fator moderador se equiparem e menos opções de produtos ofertados."
306637	II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais distinções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos meca financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, prestadores de serviços e formas de acesso, observado o disposto no art. 7º de Resolução Normativa;

Protocolo	Justificativa
306637	Apesar do pouco tempo conferido à sociedade para avaliar todos os impactos dos 4 temas de elevado impacto para o setor reunidos na Política submetida sociedade por meio da CP 145, seguem ao longo do material as contribuições da Sul América. Sugere-se a não publicação da minuta de reajuste, de modo contrário, resultará em resultados opostos ao esperado, com menor acesso e maiores preços Há falhas no processo de participação, nem todos os dispositivos da norma estão abertos no site da ANS para comentários na Consulta Pública. É notório e a ANS reconhece na AIR, o interesse por parte dos contratantes a planos com MFR e que há grande relevância para o setor. É demonstrado na AIR o aumento da quantidade de planos ativos com fatores moderadores, chegando a ultrapassar os planos sem essa característica, qu demonstra elevada demanda e oferta a esse tipo e produto. Importante também registrar que há baixo quantitativo de reclamações que justifique a implementação de regulação que alterará drasticamente o modelo d produtos com MFR e que reduzirá drasticamente a diferença de preço entre produtos com e sem MFR, resultados que certamente não se pretende com a publicação da norma. O sucesso do modelo e o baixo número de demandas comprovam que as normas atuais são suficientes e adequadas para reger os mecanismos de regulaç financeira. No entanto, a minuta proposta pela ANS estabelece um conjunto de regras que limitam a utilização desses mecanismos pelo setor, interferindo de modo desproporcional na atividade econômica, na autonomia de vontade das partes; e gerando, ainda, efeitos gravosos para os próprios consumidores. O excesso de regras que limitam a cobrança implicará necessariamente na majoração da contraprestação para que se mantenha a sustentabilidade econômico-financeira do plano, efeito não desejado pela sociedade. Além disso, as regras propostas resultariam na redução da oferta e redução da população que possui planos de saúde, os empurrando ao SUS ou ainda a cartões de desconto, situação em que o consumidor arca integralmente com o serviço. Deve-se manter a liberdade econômica dos agentes regulados. Produtos com MFR oferecem acesso a serviços, sendo certo que já é vedada a participação integral e nos casos de planos coletivos a empresa já deve observar o limite máximo de desconto na folha de pagamento. Além disso, é comum quando há necessidade de realização e um número elevado de procedimentos a migração para um produto sem MFR. Para comparar corretamente a diferença de preços de planos com e sem fator moderador deve ser considerada a característica do produto, não se deve comparar somente para o preço e a existência de fator moderador. Ao comparar produtos semelhantes a diferença de preços é significativamente inferior à diferença encontrada pela ANS na AIR. A minuta traz excesso de limites, como o percentual máximo por procedimento, os limites mensal e o anual e a lista de quase 300 procedimentos sem a possibilidade de cobrança, essas limitações farão com que os preços dos planos com e sem fator moderador se equiparem e menos opções de produtos sej ofertados.
306637	Permitir a diferenciação de mecanismos de regulação financeira por prestador e formas de acesso, para assegurar a liberdade contratual e de negociação rede assistencial da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306637	- § 3º Considera-se procedimento realizado em regime de internação todo aquele que resulta em uma internação do beneficiário, inclusive os atendimentos realizados em regime de hospital-dia, desde que para realização de procedimento previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANS como de cobertura obrigatória para a segmentação hospitalar.	Exclusão
306637	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
306637	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, dis□ntos e escalonados por grupos de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes.	Alteração
306637	- § 2º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, até o 30º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma. § 3º Após o 31º dia de internação, consecu□vos ou não, a cada ano de contrato, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar copar□cipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.	Alteração
306637	- Art. 2º São espécies de Mecanismos Financeiros de Regulação: I - coparticipação; e II - franquia.	Alteração
306637	- Art. 1º A presente Resolução Norma□va dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 1 fatores moderadores de u□lização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea “a” do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respec□vas alíneas do art. 19, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos e	Alteração
306637	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
306637	- § 1º A tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverão constar de forma destacada no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em norma□vo específico, no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306637	
306637	
306637	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, distintos e escalonados por de procedimentos, prestadores e forma de acesso.
306637	§ 2º Nos casos de internações psiquiátricas, independentemente do produto conter o fator moderador de coparticipação e havendo previsão contratual, até c de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma.
306637	Art. 2º Para fins desta norma entendem-se como Mecanismos Financeiros de Regulação os meios ou recursos técnicos utilizados pelas operadoras de pl privados de assistência para o gerenciamento da prestação de ações e serviços de saúde, bem como incentivar o seu consciente no mercado de Saúd Suplementar. São eles:
306637	Art. 1º A presente Resolução Normativa dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços assistência médica hospitalar no setor de saúde suplementar; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea "a" do inciso I e os in e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regula Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 19, da Resolução Normativa nº 465 de 24 de fevereiro d que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assist saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, fixa as di de atenção à saúde e dá outras providências.
306637	§ 4º O reajuste dos valores contidos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste a deverá estar previsto no instrumento contratual celebrado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e os contratantes.
306637	§ 1º O local de divulgação da tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste artigo, deverá ser info no contrato, regulamento ou instrumento congênere.

Protocolo	Justificativa
306637	Já há definição.
306637	A proposta contraria o princípio da segurança jurídica, fundamental para garantir a estabilidade e a previsibilidade nas relações jurídicas. Dado um limite orçamentário, por que não transferir essa questão para o mês subsequente, considerando que o valor em questão foi excedido? É necessário ponderar algumas variáveis, como: e se toda a utilização do beneficiário ocorrer no último mês do período anual de vigência? se beneficiário optar por realizar todos procedimentos em um único mês para ter menor efeito dos fatores. Além disso, observa-se o aumento do risco moral e incentivo a comportamentos oportunistas gerando aumento de preço como informado pela própria ANS no relatório de AIR e retirando do mercado uma opção de preço mais acessível a beneficiários. Traz elevada dificuldade na tarifação do produto.
306637	Os valores e percentuais deverão ser definidos pelas operadoras considerando a diferenciação de mecanismos de regulação financeira por prestador e forn de acesso, para assegurar a possibilidade de negociação contratual. Deve ser facultado estabelecer limites distintos e escalonados por prestador, é comu uma empresa solicitar a redução do limite para prestadores próximos a sua localidade.
306637	A norma incentivará a internação psiquiátrica, que é contrária às diretrizes do MS. Atualmente não há norma que determine a obrigatoriedade de registro d produto com fator moderador para que seja cobrada a coparticipação em casos de internações psiquiátricas, preza-se pela segurança jurídica e pela manutenção do referido entendimento, bem como pela possibilidade de a cobrança da coparticipação ser em percentual nos primeiros 30 dias de internaçã visando sempre o fomento a desospitalização.
306637	A ANS deve estabelecer, de forma inequívoca, que a finalidade principal dos mecanismos em questão é promover o uso consciente dos serviços de saúde, forma transparente à sociedade.
306637	A norma não deve alcançar os planos odontológicos devem possuir regras mais brandas em função do baixo risco e custo dos tratamentos e baixo valor d contraprestação pecuniária.
306637	Entende-se que o reajuste dos valores da tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, deverão estar previst no instrumento contratual celebrado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e os contratantes. Não se mostra viável aplicar o reajust concedido pela operadora à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, haja vista que com cada prestador haverá uma negociação.
306637	Sugere-se a alteração para que esteja informado no contrato o local de divulgação da tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido n inciso III, ambos do caput deste artigo. A informação sobre os mecanismos financeiros de regulação, como coparticipações, franquias, local de divulgação tabela de referência, incluindo seus valores e condições de aplicação, deve ser centralizada no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementa PIN-SS e disponibilizada individualmente a cada beneficiário. Essa medida garante maior transparência e facilita o acesso do beneficiário a informações essenciais para o exercício de seus direitos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306637	- § 1º Nos casos do inciso I do caput deste ar□go, poderão ser cobrados valores dis□ntos a depender da complexidade do atendimento realizado, bem como do atendimento realizado por médico generalista daquele atendimento realizado por médico especialista, conforme previsto em contrato.	Exclusão
306637	- § 1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, mesmo que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de copar□cipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.	Exclusão
306637	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
306637	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306637	
306637	
306637	
306637	Art. 15. Esta norma entra em vigor 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após sua publicação.

Protocolo	Justificativa
306637	Sugere-se a exclusão dessas ações, pois elas podem incentivar práticas que geram desperdícios. Os ônus operacional e financeiro não foram previstos no relatório de AIR.
306637	Considerando que o valor total pago pelo grupo familiar já é custeado pelo contratante é justificável que haja a possibilidade de o valor base do limite ser estabelecido da mesma maneira, conforme acordado entre as partes. O mês de aniversário poderá ser diferente da data base pactuada para a aplicação d reajuste anual. Em relação a utilizar a média dos últimos 12 meses entendemos que o cálculo já é excessivamente complexo, de modo que aplicar a médi traria uma complexidade adicional.
306637	Art. 5º O excesso de limites com o extenso rol de procedimentos, os limites mensal e anual e o percentual máximo para a coparticipação, inviabilizará a ofer de planos com mecanismos de regulação financeira e equiparará o preço aos planos sem mecanismos de regulação financeira, com isso, haverá redução d interesse por produtos com esta característica por toda sociedade. Inciso I - A minuta de norma elimina as vantagens dos planos com MFR, que incentivam o uso racional, o compartilhamento parcial das despesas com os beneficiários, essas características propiciam o aumento da eficiência operacional do setor, menor variação de custos e preços mais competitivos. O excesso de limites com o extenso rol de procedimentos, os limites mensal e anual e o percentual máximo para a coparticipação, inviabilizará a oferta de planos com mecanismos de regulação financeira e equiparará o preço aos planos sem mecanismos de regulação financeira, com isso, haverá redução do interesse por produtos com esta característica por toda sociedade. A minuta de norma elimina as vantagens dos planos com MFR, que incentivam o uso racional, o compartilhamento parcial das despesas com os beneficiário essas características propiciam o aumento da eficiência operacional do setor, menor variação de custos e preços mais competitivos. Os preços dos planos com MFR serão onerados e igualados aos planos sem MFR tirando do mercado planos mais acessíveis à população em geral. O limi definido na proposta não foi precedido de estudo que demonstre que esta é a alternativa menos restritiva capaz de atingir o objetivo almejado. Inciso II - O excesso de limites com o extenso rol de procedimentos, os limites mensal e anual e o percentual máximo para a coparticipação, inviabilizará a oferta de planos com mecanismos de regulação financeira e equiparará o preço aos planos sem mecanismos de regulação financeira, com isso, haverá redução do interesse por produtos com esta característica por toda sociedade. A minuta de norma elimina as vantagens dos planos com MFR, que incentivam o uso racional, o compartilhamento parcial das despesas com os beneficiário essas características propiciam o aumento da eficiência operacional do setor, menor variação de custos e preços mais competitivos. A AIR não demonstra a necessidade de se limitar o percentual a 30%, nem estudos sobre os impactos desse percentual sobre o mercado e sobre o consumidor. Estabelecer limite máximo de 30% do valor da contraprestação fará com que a operadora absorva os valores excedentes, gerando um desequilíbrio para o contrato e trazendo risco para sua solvência. Os preços dos planos com MFR serão onerados e igualados aos planos sem MFR tirando mercado planos mais acessíveis à população em geral. O limite definido na proposta não foi precedido de estudo que demonstre que esta é a alternativa menos restritiva capaz de atingir o objetivo almejado.
306637	Alterações em sistemas são complexas e onerosas deve ser ampliado o prazo para 365 dias

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306637	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Exclusão
306637	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
306637	- § 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I do caput deste ar□go será aferido proporcionalmente, mul□plicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Exclusão
306637	- § 6º É vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços de saúde dos valores devidos a □tulo de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado sempre à operadora de plano privado de assistência à saúde, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual. § 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respec□vo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato. § 8º Na modalidade de franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go, somente incidirá o limite de exposição	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306637	
306637	
306637	
306637	

Protocolo	Justificativa
306637	Exclusão do inciso I: A implementação dessa proposta traria uma complexidade operacional significativa e exigiria que as operadoras não apenas autorizassem os procedimento mas também verificassem os preços específicos para cada faixa etária. Essa tarefa adicional tornaria a gestão do plano de saúde mais burocrática e dificulta a sua viabilização. Além disso, os limites mensal e anual já existentes oferecem uma proteção suficiente ao beneficiário, evitando surpresas em relação ao seus gastos. A criação de regras adicionais poderia gerar confusão e não traria benefícios claros. Vale ressaltar que este dispositivo específico já é objeto d análise em outro artigo, a proposta seria otimizar a redação da minuta, evitando redundância. Analisar a questão dos pacotes que foram realizados ou pago justificando de maneira que não transmita a impressão de obtenção de vantagem para a operadora. Existe uma impossibilidade de prever um valor fixo par atendimento no pronto-socorro que cumpra todos esses requisitos considerando que um atendimento poderá ser bem simples e outro mais complexo com custo mais elevado. Fere o princípio da razoabilidade. Estimulará o uso do pronto-socorro para situações eletivas, situações em que o beneficiário deveria buscar o médico que o acompanha. A ANS penaliza a operadora quando a frequência de procedimentos no pronto-socorro é superior a um determinado percentual. Além disso, existem casos onde há cobrança de coparticipação por pacotes (grupo de procedimentos), uma vez que é uma prática do setor a cobrança neste modelo que é benéfico, pois estimula a realização de procedimentos condizentes com a patologia apresentada pelo segurado, reduzindo fraudes, abusos e maiores custos assistenciais ao contratantes. Ademais, o valor único e fixo está sujeito aos limites do art. 8º, o que pode afetar o equilíbrio contratual, a depender dos custos da internação, podendo até mesmo vir a desnaturar a finalidade do mecanismo financeiro de regulação. Exclusão do inciso II: Sugere-se a exclusão do inciso, pois a aplicação de preços diferenciados por faixa etária em internações, com limites específicos pa cada grupo, pode inviabilizar a operação. Ademais, considerando que este tema já foi amplamente discutido em outros artigos e que existe um artigo estabelecendo que estabelece os limites, a repetição deste assunto neste documento seria redundante.
306637	A exclusão do MFR no pronto-socorro quando necessária a internação implicará em tratamento desigual em relação àqueles que utilizam clínicas e consultórios regularmente. Essa medida contraria a orientação da Agência de não incentivar práticas que sobrecarreguem o sistema. Sugere-se a exclusão parágrafo considerando que entre 10% e 11% das internações se iniciam em pronto-socorro, sendo que parte delas pode ser resultado de estratégias de gestão dos prestadores.
306637	Manifestação anterior pela exclusão do caput. O excesso de limites com o extenso rol de procedimentos, os limites mensal e anual e o percentual máximo pa a coparticipação, inviabilizará a oferta de planos com MFR e equiparará o preço aos planos sem MFR, com isso, haverá redução do interesse por produtos c MFR por toda sociedade.
306637	A proposta é de exclusão do dispositivo. Considerando a sugestão elencada no art.2º § 2º, no sentido de que seja permitido o pagamento direto ao prestado não há razão para a vedação expressa trazida pelo § 6º.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306637	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Exclusão
306637	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
306637	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
306637	- § 6º É vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços de saúde dos valores devidos a □tulo de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado sempre à operadora de plano privado de assistência à saúde, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual. § 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respec□vo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato. § 8º Na modalidade de franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go, somente incidirá o limite de exposição	Exclusão
306637	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
306637	- § 2º A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora de plano privado de assistência à saúde não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306637	
306637	
306637	Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde isentos de cobrança deverão ser informados aos beneficiários em área logada.
306637	Exclusão do §8º (não aparece a opção de selecionar este parágrafo no formulário): Não deve haver limite na franquia dedutível acumulada, que justamente prevê valores superiores claramente definidos em contrato até o qual o beneficiário o custeio. A experiência internacional demonstra ser razoável limites elevados e previamente definidos.
306637	V - os valores monetários fixos referentes aos atendimentos realizados em regime de internação, conforme previsão do art. 8º desta Resolução Normat
306637	§ 2º A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora de plano privado de assistência à saúde responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada.

Protocolo	Justificativa
306637	A proposta contraria o princípio da segurança jurídica, fundamental para garantir a estabilidade e a previsibilidade nas relações jurídicas. Dado um limite orçamentário, por que não transferir essa questão para o mês subsequente, considerando que o valor em questão foi excedido? É necessário ponderar algumas variáveis, como: e se toda a utilização do beneficiário ocorrer no último mês do período anual de vigência? se beneficiário optar por realizar todos procedimentos em um único mês para ter menor efeito dos fatores. Além disso, observa-se o aumento do risco moral e incentivo a comportamentos oportunistas gerando aumento de preço como informado pela própria ANS no relatório de AIR e retirando do mercado uma opção de preço mais acessível a beneficiários. Traz elevada dificuldade na tarifação do produto.
306637	Exclusão do inciso I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; Justificativa: Deve constar no contrato a previsão e referência ao MFR e no PINSS o detalhamento dos mecanismos, sob pena de por exemplo alteração/nc inclusão na lista de procedimentos isentos implicar no aditamento desses instrumentos, o que causará insegurança jurídica, impacto financeiro e operacion
306637	O estabelecimento de um rol de isenções tão extenso fere o princípio da livre negociação e da autonomia de vontades . Os procedimentos isentos devem s um diferencial competitivo e serem divulgados no PIN-SS
306637	Exclusão do §8º (não aparece a opção de selecionar este parágrafo no formulário): Justificativa: Não deve haver limite na franquia dedutível acumulada, que justamente prevê valores superiores claramente definidos em contrato até o qual beneficiário assume o custeio. A experiência internacional demonstra ser razoável limites elevados e previamente definidos.
306637	Estabelecer valor fixo para Pronto Socorro e não apartado em caso de internação, estimulará a busca por esses prestadores, desestimulando a prestação serviço por profissional que acompanhe e conheça o histórico do beneficiário. Levará à busca por atendimentos ambulatoriais em situações que demanda atendimento de urgência e emergência.O PS deve ser de fato utilizado por situações de urgência ou emergência. Existem pacotes de pronto-socorro, garantindo que os beneficiários tenham acesso a serviços de qualidade, independentemente do prestador escolhido. Além disso, é necessário encontrar u equilíbrio entre a necessidade de garantir a sustentabilidade do sistema e a garantia do acesso aos serviços de saúde para os beneficiários.
306637	O mercado opera de formas distintas. A informação deve estar clara ao consumidor no contrato. O pagamento da franquia à operadora implicaria em risco crédito.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora
306637	2025-02-07 18:52:52	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306637	- Art. 9º A copar□cipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde; II - percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e III - valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a □tulo de coparticipação.	Alteração
306637	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
306637	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Exclusão
306637	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306637	I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efetivamente pago pela operadora de planos privad assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou ao beneficiário, nos casos de reembolso, conforme definido em contrato.
306637	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
306637	
306637	

Protocolo	Justificativa
306637	Alteração para prever a coparticipação nos casos de reembolso.
306637	Fere o princípio da livre negociação ao limitar um percentual para todo mercado sem considerar as especificidades de cada contrato, carteira, procedimento ou grupos de procedimentos e rede. Justificativa: A aplicação de mecanismos financeiros de regulação em planos de saúde é estratégia comum no setor, devido às características intrínsecas atividade de seguros. Dada a racionalização do consumo, o compartilhamento parcial das despesas médicas com os beneficiários, e o consequente aumen da eficiência operacional do setor, planos com mecanismos financeiros de regulação tem como principal característica o fato de terem menores despesas, que se reflete em benefícios ao consumidor em termos de menores mensalidades (valor comercial médio ou variação de custos). Planos com fatores moderadores apresentam variação de custos significativamente menor, fator que contribui para a atratividade de modalidades com coparticipação no merca O conjunto de limitações proposto pela ANS implica na diminuição da racionalização do consumo de serviços médicos, decorrente da redução do número d procedimentos de caráter eletivo em que incide fator moderador, bem como na diminuição do compartilhamento de custos com os beneficiários no período uso mais intensivo do plano. Este efeito decorre da ação conjunta das três restrições propostas. Como consequência destas alterações propostas pela ANS, planos com fator moderador tendem a se tornar mais onerosos, refletindo no aumento de suas mensalidades. Este movimento aproximaria os produtos com mecanismos financeiros de regulação àqueles sem mecanismos de regulação e, como consequência última, excluiria do mercado a oferta de planos de saú com mensalidades inferiores, prejudicando a existência de um modelo de negócios.
306637	Manifestação anterior pela exclusão do caput. O excesso de limites com o extenso rol de procedimentos, os limites mensal e anual e o percentual máximo pa a coparticipação, inviabilizará a oferta de planos com MFR e equiparará o preço aos planos sem MFR, com isso, haverá redução do interesse por produtos c MFR por toda sociedade.
306637	A proposta contraria o princípio da segurança jurídica, fundamental para garantir a estabilidade e a previsibilidade nas relações jurídicas. Dado um limite orçamentário, por que não transferir essa questão para o mês subsequente, considerando que o valor em questão foi excedido? É necessário ponderar algumas variáveis, como: e se toda a utilização do beneficiário ocorrer no último mês do período anual de vigência? se beneficiário optar por realizar todos procedimentos em um único mês para ter menor efeito dos fatores. Além disso, observa-se o aumento do risco moral e incentivo a comportamentos oportunistas gerando aumento de preço como informado pela própria ANS no relatório de AIR e retirando do mercado uma opção de preço mais acessível a beneficiários. Traz elevada dificuldade na tarifação do produto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306613	2025-02-07 18:56:46	Grupo/associação/ organização de pacientes
306613	2025-02-07 18:56:46	Grupo/associação/ organização de pacientes
306613	2025-02-07 18:56:46	Grupo/associação/ organização de pacientes

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306613	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Inclusão
306613	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Inclusão
306613	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306613	Parágrafo Único. É obrigatória a disponibilização prévia e de modo claro e acessível aos contratantes e beneficiários, de planilhas de sinistralidade, para que haja a aplicação do reajuste por meta de sinistralidade.
306613	§2º O número mínimo de beneficiários de contratos empresariais com que se deve formar um agrupamento será revisado a cada 2 anos, sendo alterado se necessário.
306613	§ 1o À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, não poderá ser rescindido unilateralmente pela operadora;

Protocolo	Justificativa
306613	As informações prestadas para o cálculo da sinistralidade, vem de um histórico de difícil acesso e falta de transparência, causando dificuldade também na fiscalização desse ´´índice. Com essa situação, reajustar por meta de sinistralidade torna-se complexo para conferência. Além disso, é um dos pontos de ma complexidade técnica, não apenas para os contratantes pessoa física, mas até mesmo para pessoas jurídicas. Por isso, sugere-se que haja a garantia da entrega das planilhas de cálculo de sinistralidade, para acesso claro de fácil entendimento., com a inclusão do parágrafo condicionando a aplicação do reaju por meta de sinistralidade, à disponibilização das planilhas.
306613	Essa indicação é uma medida protetiva aos consumidores. Segundo análise, descobriu-se que, nos contratos coletivos de planos de saúde, há baixo ou nenhum poder de barganha, diferentemente do que se pensava anteriormente, independentemente de os consumidores serem pessoas jurídicas ou físicas. que acaba deixando os consumidores expostos a abusos cometidos pelas operadoras, como rescisão unilateral dos contratos. Portanto, deve-se revisar es regra de agrupamento constantemente.
306613	Falando da rescisão unilateral dos contratos, é importante destacar a quantidade de contratos rescindidos no último ano, sem comunicação adequada ao consumidor, por vezes interrompendo tratamentos em curso, o que no caso dos pacientes com doenças graves, como câncer, pode ser fator condicionant entre a vida e a morte. Nos planos coletivos de pequeno porte, como há poucas pessoas no contrato, as operadoras conseguem avaliar o risco de cada um separadamente. Isso dificulta a formação de um fundo que equilibre os custos e também reduz o poder de negociação dos consumidores. Assim, esses planos acabam se parecendo com os planos individuais e familiares, mas sem as proteções legais que garantem mais segurança para quem contrata. Por se caracterizar como ferramenta de seleção de risco, a prática deve ser terminantemente vedada pela ANS.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306613	2025-02-07 18:56:46	Grupo/associação/ organização de pacientes
306613	2025-02-07 18:56:46	Grupo/associação/ organização de pacientes
306613	2025-02-07 18:56:46	Grupo/associação/ organização de pacientes
306593	2025-02-07 19:03:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306613	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração
306613	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Inclusão
306613	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração
306593	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
306613	Que mantenha-se apenas o primeiro ponto: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação de um único índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e
306613	II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá: a) ser claro e explícito, divulgado publicamente; b) ser um índice de preço inflacionário, de fonte imparcial e com metodologia consolidada; c) permitir a replicabilidade e verificação do cálculo pelo consumidor;
306613	V - é vedada a acumulação de quaisquer índices, inclusive: (Renumerado do inciso III)
306593	Proposta e posicionamento Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários.

Protocolo	Justificativa
306613	A alteração visa que haja um índice único de alteração do contrato, proibindo os acúmulos dos mesmos.
306613	Pedimos a alteração dessa redação pois conforme AIR, os parâmetros precisam possuir metodologia consolidada e "permitir a replicabilidade do cálculo" pe consumidor. O texto atual, dá espaço para interpretações dúbias, que permitam cláusulas que prejudicam a transparência dos contratos, por isso deve ser alterado.
306613	Se faz necessária a alteração do texto para se fazer clara a vedação de quaisquer acúmulo de índices, os quais são diversos conforme os estudos da Agên identificaram.
306593	Estudos e documentos: Estudos atuariais quanto à necessidade do instituto o quanto antes e os benefícios às operadoras.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306593	2025-02-07 19:03:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306593	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306593	

Protocolo	Justificativa
306593	Proposta e posicionamento Defender o modelo de coparticipação em que seja estipulado, no contrato, um percentual com teto estabelecido em reais. Dessa forma, será garantida ao consumidor a previsibilidade em relação ao valor máximo de coparticipação, não sendo necessário estabelecer qualquer limite. Ainda se faz necessário diferenciar coparticipação e mensalidade (aguardando fundamentação atuarial). Se implementada na forma pretendida o efeito será muito forte para os beneficiários que não utilizam com frequência o plano: terão suas mensalidades agravadas para sustentar os limites impostos e atenuar os maiores utilizadores, gerando efeito nocivo ao mercado. As empresas contratantes (que são as grandes subsidiadoras das mensalidades dos planos de saúde e já não estão tendo dificuldades de suportar o impacto do aumento dos reajustes em razão das ampliações consecutivas do Rol de Procedimentos) serão fortemente impactadas com essa mudança. Tenderão as empresas a reduzir ou mesmo cancelar os subsídios aos seus colaboradores e dependentes, reduzindo assim o potencial mercado consumidor. Com um volume menor de beneficiários utilizando o Sistema de Saúde Suplementar, o efeito futuro será aumento dos custos fixos e redução da população coberta, agravando ainda mais os déficit no sistema público de saúde. Alternativamente, entende-se que pode ser estabelecido que o valor de coparticipações não poderá ser superior a uma mensalida podendo ser cobrado o excedente nos meses seguintes. O limite de exposição financeira deverá ter como parâmetro, pelo menos, o valor da mensalidade paga pelo beneficiário, resultando em um limite anual que não ultrapasse 12 (doze) contraprestações pecuniárias base. Esse é o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de justiça no julgamento do Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, realizado em 03/10/2023, o qual tem sido utilizado como parâmetro para julgamento de casos análogos por outros Tribunais de Justiça. É o que dispõe a referida decisão :“RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA. 4. Se a operadora atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, opera-se o fato gerador da obrigação de pagar a coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva.[...]7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, no que tange à exposição financeira do titular, mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário.8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter a coparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade, até a completa quitação, respeitado, quanto ao percentual cobrado por procedimento, o limite máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço.9. Recurso especial conhecido e provido em parte.” Sendo assim,

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306593	2025-02-07 19:03:38	Operadora
306593	2025-02-07 19:03:38	Operadora
306593	2025-02-07 19:03:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306593	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
306593	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
306593	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306593	
306593	
306593	

Protocolo	Justificativa
306593	Proposta e posicionamento Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído o inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, bastando que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver em risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisão técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Ainda se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”, expresso no inciso III do art. 3º. Estudos e documentos: Estudos atuariais quanto à metodologia de cálculo da Revisão Técnica.
306593	Proposta e posicionamento (Repensar se vale a pena insistir na desobrigação de comercialização de planos individuais, tendo em vista que esta é uma exigência inegociável da ANS) Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizonte de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Estudos e documentos: Estudos atuariais quanto à metodologia de cálculo da Revisão Técnica.
306593	Proposta e posicionamento Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes devem ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306593	2025-02-07 19:03:38	Operadora
306593	2025-02-07 19:03:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306593	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
306593	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306593	
306593	Proposta ANS 1.4 Limite mínimo para meta de sinistralidade: reajuste deve ser de, no mínimo, 75% Proposta e posicionamento Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberdade econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesas não assistenciais nestas operadoras são maiores. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas.

Protocolo	Justificativa
306593	Proposta e posicionamento A exclusão da incidência de coparticipação pretendida só poderia prosperar se o beneficiário estivesse vinculado a um produto de Atenção Primária a Saúde ou se ele participasse de algum Promoprev. A fixação de isenções ocasionará o aumento do valor da contraprestação pecuniária (aguardando estudos atuariais), afastando uma boa parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Sobre as consultas, deve-se levar em consideração os dados estatísticos da OMS, que a indica a média de 4 consultas ao ano e do Ministério da Saúde, que indica a média de 3 consultas ao ano. Nesse sentido, no máximo, poderia ser isenta de coparticipação, a primeira consulta com o profissional generalista. Manter a isenção de 4 consultas ao ano vai contra o risco moral exposto pela própria ANS, pois induz a utilização desnecessária, já que o beneficiário saberá que não terá coparticipação (sensação de perda). De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Estudos e documentos: Dados da OMS e Ministério da Saúde; aguardar estudos técnicos sobre a lista de outros procedimentos, especialmente preventivos. Utilizar trecho do RAIR em que a própria ANS assinala que os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução de número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde pública e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.
306593	Proposta ANS 1.4 Limite mínimo para meta de sinistralidade: reajuste deve ser de, no mínimo, 75% Proposta e posicionamento Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberdade econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecendo o equilíbrio econômico de muitas delas. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despesas não assistenciais nestas operadoras são maiores. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306593	2025-02-07 19:03:38	Operadora
306593	2025-02-07 19:03:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306593	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306593	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
306593	
306593	Proposta e posicionamento Falta de embasamento técnico e que algumas medidas é de difícil compreensão para os beneficiários e até mesmo para as operadoras, por exemplo, imposição de coparticipação até a metade do limite de exposição financeira mensal, no casos de atendimento de pronto-socorro. Ao contrário do que constou no AIR, até fiscais terão dificuldade de compreender a regra proposta. O valor monetário no atendimento em pronto socorro limitado à metade do limite de exposição financeira mensal irá estimular o uso de consultas em PS/PA. A qualidade da assistência à saúde mediante o atendimento fracionado dos beneficiários cai, além de haver distinção de cobrança entre beneficiários de diferentes faixas etárias, dentro do mesmo contrato, podendo induzir as faixas etárias menores à utilização do PS/PA e restringir, pelo custo, a utilização das faixas etárias maiores. Ademais, a ANS deve esclarecer como aplicar essa proposta nos contratos exclusivamente ambulatoriais. Inclusão de um dispositivo que conceitue o que é “procedimento”, pra ficar claro que engloba materiais, medicamentos, taxas, diárias, contrastes, órtese e próteses ambulatoriais, aparelhos cocleares, DIU, bolsas de colostomia, para evitar autuações baseadas em intepretações equivocadas. Inclusão de dispositivo que permita a incidência da coparticipação no caso de absenteísmo, isto porque é muito comum esse tipo de prática, resultando na assunção dos custos pela operadora de forma integral, sem que o atendimento tenha sido prestado.

Protocolo	Justificativa
306593	Proposta e posicionamento A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além da necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar no aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar condicionado. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive com criação de empresas falsas, documentos forjados, etc. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresariais por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. Já que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-se que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência de forma mal intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados.
306593	Estudos e documentos: Aguardar estudos técnicos atuarias.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306593	2025-02-07 19:03:38	Operadora
306593	2025-02-07 19:03:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306593	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Inclusão
306593	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306593	Proposta ANS 1.2 Vedação de aplicação de índices de preços nos reajustes baseados na meta de sinistralidade 1.3. Vedação a aplicação de percentuais relacionados à meta de sinistralidade nos reajustes baseados em índices de preços Proposta e posicionamento Solicitar a inclusão de subíndices específicos e oficiais do setor de saúde nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, estará limitando a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Avaliar a diferença de reajuste baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.
306593	

Protocolo	Justificativa
306593	Estudos e documentos: Estudos atuariais para fortalecer a contribuição e argumentos – Prazo até 20/1/25
306593	Proposta e posicionamento Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 421 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada por falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúde coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respeitar a autonomia das partes. A liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igual poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora, e nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência que a ANS não deveria interferir.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306593	2025-02-07 19:03:38	Operadora
306593	2025-02-07 19:03:38	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306593	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306593	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306593	Proposta ANS 2.1. Expandir o limite de 29 para 1.000 beneficiários por contrato nos planos coletivos, tanto empresariais quanto por adesão Proposta e posicionamento Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestão é que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vidas condizente com a grandeza dos seus contratos (aguardando estudos atuariais). A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enquanto pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes, faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo. Nos contratos coletivos por adesão o risco é maior se comparado com o plano empresarial, considerando que na ponta quem paga pelo plano é o consumidor final, o que aumenta o risco de inadimplência e aumento de utilização. Por isso, deve ser estabelecido uma regra diferenciada para este tipo de contratação.
306593	Proposta ANS 1.1. Proibição de acumulação de índices (reajuste técnico e financeiro) Proposta e posicionamento Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais.

Protocolo	Justificativa
306593	Estudos e documentos: Estudos atuariais para fortalecer a contribuição e argumentos – Prazo até 20/1/25 . Solicitar à ANS, por meio de ofício, o Doc. SEI constante na página 2 no AIR.
306593	Estudos e documentos: Estudos atuariais de impacto de custo e de precificação, bem como estudos feitos pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) para serão utilizados para fortalecer os argumentos. Utilizar trecho do RAIR em que a própria ANS assinala que os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução de número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde pública e estimulando as clínicas populares e o cartão de desconto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306593	2025-02-07 19:03:38	Operadora
306682	2025-02-07 19:16:01	Consultoria
306682	2025-02-07 19:16:01	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306593	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Exclusão
306682	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Alteração
306682	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306593	
306682	§ 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica; II - (...)
306682	Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respectivos contratos, regulamentos ou instrumentos congê ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os isentos de incidência e cobrança; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais distinções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos meca financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto no art. 7º desta Resolução Normativa; III - os limites de exposição financeira; e IV - os critérios de reajuste dos valores devidos a título de Mecanismos Financeiros de Regulação, se houver.

Protocolo	Justificativa
306593	Propostas e posicionamento Defender o modelo de coparticipação em que seja estipulado, no contrato, um percentual com teto estabelecido em reais. Dessa forma, será garantida ao consumidor a previsibilidade em relação ao valor máximo de coparticipação, não sendo necessário estabelecer qualquer limite. Alternativamente, alinhado ao entendimento pacífico do STJ (RESP .....), bem como dentro da vedação de “financiamento integral”, entende-se que deve ser estabelecido um percentual de 50%, tal como admitido pela DIPRO há muitos anos. Definir que o reajuste do fator moderador do plano individual, deve ser com base no reajuste anual autorizado pela ANS e, nos contratos coletivos deve prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente. Isto porque, atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme o reajuste aplicado para cada prestador. Caso permaneça a imposição de limites na aplicação da coparticipação, haverá efeito contrário ao pretendido. Isso porque as utilizações desnecessárias e os desperdícios tendem a crescer. É importante também notar que o beneficiário funciona como verdadeiro auditor das Operadoras conferindo a pertinência das cobranças da rede prestadora ou assistencial em geral. Em outras palavras, o beneficiário deixará de se preocupar em acompanhar o volume de custos apresentados às operadoras pois não terá nenhum impacto direto na cobrança correto, ou impacto extremamente reduzido. Estudos e documentos: Aguardar estudos técnicos atuarias.
306682	As disposições previstas na Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamen odontológico em regime misto de pagamento, fundamentam a não incidência de limites para os planos odontológicos, sendo portanto a justificativa para a isenção da regra para os planos odontológicos. Porém, retirar essa justificativa da redação, a torna mais clara.
306682	Adequação da redação para as demais proposições realizadas nos demais artigos e que influenciam nessa redação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306682	2025-02-07 19:16:01	Consultoria
306682	2025-02-07 19:16:01	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306682	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
306682	- § 2º Para indicação do prestador de serviços de saúde, conforme previsto no caput e no § 1º deste ar□go, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá observar o norma□vo específico que dispõe sobre a garan□a de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximos para atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos listados no Anexo desta norma.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
306682	
306682	§ 2º Para indicação do prestador de serviços de saúde, conforme previsto no caput e no § 1º deste artigo, a operadora de planos privados de assistência à deverá observar o normativo específico que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários, especialmente no que se refere aos prazos máximo atendimentos e localização do prestador da rede assistencial que será responsável pela realização dos procedimentos que serão isentos da cobrança Mecanismos Financeiros de Regulação.

Protocolo	Justificativa
306682	Conforme AIR do tema elaborado pela ANS “(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimento específicos.” Essa afirmativa é relevante uma vez que, embora a coparticipação seja instituto amplamente utilizado em diversos países, não se identifica um lista de isenção, o que corrobora o entendimento de que a cobrança de coparticipação, mesmo em procedimentos considerados necessários, não descaracteriza o conceito de risco moral. Além disso, no caso brasileiro, é bastante comum planos empresariais no qual o empregador arca com o valor da mensalidade e o empregado com a coparticipação, quando da utilização, não tendo esse caso a limitação ao conceito de risco moral e sim de copagamento Ademais, embora o AIR tenha mencionado não ter realizado estudo atual sobre o tema e aproveitado o material do Anexo da RN 433, trouxe um formato diverso daquele, combinando com a TUSS, inclusive com procedimentos sequer previstos no rol de procedimentos. Se o procedimento não está no rol por si já é um grande indicativo de que não haveria razões para não exigir coparticipação, podendo até mesmo definir a cobrança da integralidade do procedimen (nos termos da ressalva assegurada pelo art.1°, parágrafo único da Resolução Normativa n° 484, de 2022): “Art. 1º Fica vedada às operadoras de planos de assistência à saúde a operação de sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serem pagos diretamente pelo consumidor ao prestador dos serviços, bem como a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998. Parágrafo único. Não está incluído, na proibição de que trata este artigo, o oferecimento de serviços complementares aos planos definidos na Lei nº 9.656, 1998, desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.” Lado outro, O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS define a cobertura mínima obrigatória a ser assegurada nos planos de saúde regulamentados. Nesse sentido, qualquer procedimento previsto no Rol tem a mesma obrigatoriedade de cobertura dos demais, de forma que essas coberturas não são estabelecidas mediante juízo de valor referente à priorização, necessidade, hierarquia ou privilégio de um procedimento frente a outro. N se apresenta razoável, por conseguinte, criar um critério de diferenciação entre os procedimentos previstos no Rol, apenas com o fim de delimitar aqueles q podem ou não estar sujeitos a incidência de fator financeiro de regulação.
306682	Adequar o texto considerando que a regulamentação permite a isenção de Mecanismos Financeiros de Regulação que não estão contemplados no anexo desta resolução. Ademais a adequação visa o alinhamento com a proposta de exclusão do caput atual do art. 3º, considerando que a ANS reconhece no AI do tema que “(...) nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimentos específicos”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306682	2025-02-07 19:16:01	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306682	- § 1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, mesmo que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de copar□cipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306682	

Protocolo	Justificativa
306682	Existem custeios que são estabelecidos em percentual de salário, nesses casos pode haver grandes variabilidades da base de incidência de contribuição d um mês para outro. A fixação de um único mês como parâmetro pode trazer impacto distorcido para os beneficiários. Por fim, a proposta não trouxe resposta para a forma de apuração da regra em cenários como pagamento por faixa única mas que o contrato prevê tabela p faixa em atendimento à RN n° 488 (art. 15), ou pagamento por grupo familiar. Além disso, ao mencionar “taxa adicional” pode dar a entender que é o valor cobrado da administradora. Porém, para o beneficiário há um único valor de mensalidade já inclusa referida taxa, nesse caso, inclusive para que suas informações de plano de saúde à Receita Federal, quando do pagamento do IRP seja coerente com o que a administradora reportará na Dmed. Lado outro, caso se opte pela manutenção da regra, esta deve ser complementada para maior clareza quanto a eventuais cobranças retroativas de reajust autorizadas pela regulamentação, como no caso de contratos de planos coletivos em que a negociação para o reajuste anual ultrapassa o mês de aniversá do contrato. Neste sentido, caso seja mantido este parágrafo, sugere-se a inclusão: “§1º-A Nos casos em que o reajuste anual ultrapassar o mês de aniversário do contrato, havendo cobrança retroativa do reajuste, a diferença em valor entre o limite mensal de exposição financeira aplicado nos meses se reajuste e o que poderia ter sido aplicado nestes respectivos meses, poderá ser proporcionalmente cobrada a partir do mês em que o reajuste for aplicado compensando em um mês o proporcional a cada mês sem reajuste, sem que isso caracterize ofensa ao limite mensal de exposição financeira”.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306682	2025-02-07 19:16:01	Consultoria
306682	2025-02-07 19:16:01	Consultoria
306682	2025-02-07 19:16:01	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306682	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
306682	- § 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mecanismos Financeiros de Regulação, além daqueles elencados no Anexo desta norma.	Alteração
306682	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, dis□ntos e escalonados por grupos de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306682	É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
306682	§ 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mec Financeiros de Regulação.
306682	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, distintos e escalonados por de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes, ou por tipo de rede utilizada (se própria, credenciada diretamente ou credenciada indireta §1º-A Nos casos em que mecanismos financeiros forem estabelecidos em percentual sobre o custo real do procedimento, eventual diferença de valores cob decorrência da diferença de remuneração de cada prestador, não se caracterização fixação de mecanismos financeiros diferentes por prestador.

Protocolo	Justificativa
306682	Manter a redação original: “É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde., sem inclusão do parágrafo ún Ofertar planos de saúde em plataforma digital possui impactos financeiros diretos que não foram apurados no AIR (criação, desenvolvimento, manutenção plataforma e sistemas), além de impactos operacionais na revisão de fluxos e integração com os parceiros que comercializam esses tipos de produtos. Essa situação é ainda mais gravosa quando não se verifica avaliação por porte, classificação e tipo de atenção, pois certamente os problemas regulatórios s diferentes. A título exemplificativo, o AIR disponível no site sobre o tema vincula a obrigatoriedade da oferta online ao combate à seleção de risco. Ocorre q na modalidade de planos odontológicos, por exemplo, não há queixas de seleção de risco e tampouco ausência de ofertas de planos individuais. Do mesm modo, as entidades de autogestão concentram o maior número de idosos, também não parecendo fazer sentido falar de seleção de risco. Portanto, sem o avanço do AIR dentro dos parâmetros definidos na RN 548 (porte, classificação e tipos de atenção), sugere-se manter a redação atual no qual é facultativa oferta da venda on-line. Ademais, um dos requisitos para o ato administrativo válido é a motivação e a adequação ao interesse público. Além disso, segundo a Lei de Liberdade Econômica, o aumento de custos sem demonstração de benefícios é considerado abuso do poder regulatório. Segundo reconhece o próprio AIR, uma das desvantagens da proposta é que ela aumentará os custos das operadoras. Nesses termos, por imposição legal, seria preciso demonstrar os benefícios que medida acarretaria. Os benefícios, porém, devem ser concretos e não abstratos, baseados em evidências robustas, em problemas regulatórios incontestáve ou outros fatores. Contudo, os supostos ganhos apontados pela ANS não se qualificam como aptos a justificar a medida e o acréscimo de custos. Descreve a ANS, por exemplo, que haveria aumento da transparência, fortalecimento do arcabouço regulatório e diminuição da judicialização. Contudo, ess aspectos não são impactados de maneira positiva em razão, apenas, de ser on line a contratação. Afirma ainda a ANS que será aumentada a concorrência mercado, permitindo que os consumidores comparem facilmente todas as opções disponíveis. A comparação das condições de aquisição de um plano de saúde, porém, se faz em momento pré contratação. Assim, não se sustenta a lógica estabelecida. Menciona a ANS, por fim, que a medida poderia evitar a seleção adversa. Contudo, o risco sobre isso permanece, a despeito da forma de acesso ao plano, e a seleção adversa deve permanecer sendo monitorad pela ANS.
306682	Alterar o texto para permitir a isenção de fator moderador por critérios exclusivamente contratuais, uma vez que a ANS reconhece no AIR do tema que “(... nota-se que, no cenário internacional, não há isenção da incidência de fator moderador para procedimentos específicos.”
306682	A gestão de custos é extremamente importante para a sustentabilidade de um plano, sendo que esta gestão passa diretamente pela utilização de diferente tipos de rede de atendimento. Nesta perspectiva, o direcionamento financeiro tem sido amplamente utilizado no mercado e tem maior índice de sucesso co menor índice de reclamação de beneficiários que o direcionamento de acesso. Lado outro, importante deixar claro no texto que eventual diferença de valores cobrados em razão das diferenças de remuneração de prestadores, nos cas em que os mecanismos financeiros são previstos em percentual do custo do procedimento, não caracterizam diferenciação dos mecanismos por prestado não havendo ofensa a regulação em vigor.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306682	2025-02-07 19:16:01	Consultoria
306760	2025-02-07 20:13:11	Familiar, amigo ou cuidador de paciente

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306682	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
306760	- § 1º A cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde cole□vo por adesão será permi□da a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que: I - o beneficiário tenha se vinculado, na forma do artigo 15 desta resolução, após o transcurso do prazo definido no caput; e II - a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
306682	
306760	A ANS precisa equiparar planos coletivos contratados por MEI a planos individuais, inclusive para limitação de reajustes; Padronizar cláusulas de reajuste em todos os contratos coletivos; Aplicar índice único de reajuste, por operadora, a planos coletivos de adesão; Estabelecer um parâmetro de razoabilidade para os aumentos de preços de planos coletivos maiores de 30 vidas; Tornar obrigatória a apresentação completa do contrato coletivo para o consumidor final; Tornar obrigatória a apresentação de dados aos consumidores sobre o cálculo de reajuste e sobre a sinistralidade, conferindo maior transparência a es informações; Proibir o cancelamento unilateral pelas empresas; e Obrigar operadoras a venderem planos coletivos diretamente ao consumidor final, sem intermediação das administradoras de benefícios

Protocolo	Justificativa
306682	Excluir todo o artigo 5 e seus parágrafos. É sabido que a grande maioria dos planos de assistência à saúde são estabelecidos em função da faixa etária do beneficiário. Dessa forma, quanto menor idade, menor é o valor da mensalidade. Considerando que as últimas atualizações do rol de procedimentos inseriram procedimentos mais onerosos para o beneficiários da primeira faixa etária, o mercado vem observando uma mudança da regra de solidariedade intergeracional que existia, sendo que os custos c beneficiários com idade mais jovens vêm aumentando constantemente, sendo em alguns casos inclusive maior que a mensalidade cobrada, mas pela não permissão da RN 563 de variação negativa de reajuste por faixa etária não percebemos isso nas tabelas de venda das operadoras, mas a ANS pode verific no preço mínimo atuarial da NTRP elaborada pelo atuário. Dessa forma, ao estabelecer um limite de coparticipação único, vinculado ao valor da mensalidade irá distorcer ainda mais a relação custo/custeio para os beneficiários da primeira faixa etária, ou seja, os beneficiários das faixas etárias intermediárias terão que subsidiar ainda mais essa população. Sobre o limite de 30% que a ANS explicou na audiencia pública ocorrida em 28/01/2025 ter se baseado na média verificada das NTRPs de planos coparticipativos enviadas, não faz sentido. A média observada trata-se de média a frequencia de utilização por todos os beneficiários, mas o beneficiário qu não usa o plano não paga nada e o que usa paga pela sua maior quantidade (sem limitações) . Mas a forma que a ANS está querendo limitar por beneficiário/mensalidade, vai reduzir a recuperação financeira pela operadora e, consequentemente, aumentar a contraprestação até para quem usa conscientemente. Vale lembrar que hoje o aplicativo RPC já permite à operadora negociar seus reajustes com a contratante de planos coletivos mudando a coparticipação. Portanto, não devemos falar somente de risco moral, pois efetivamente a coparticipação tem efeito financeiro (a contratante pode definir por aumentar a coparticipação, pois seu funcionário quem irá pagar, mas ter uma redução da contraprestação mensal que a empresa paga, para que seja possível continu mantendo o plano para os empregados., caso contrário a falta de orçamento pode fazer com que rescinda o contrato com a OPS e os funcionários fiquem s assistencia médica. Na hipótese de a ANS manter uma regra de limitação de coparticipação por ano, atrelada ao valor da mensalidade, entende-se que os estudos de impacto regulatório devem ser realizados por faixa etária, sendo que o fator multiplicador da mensalidade deve ser maior para as primeiras faixas etárias quando comparado as demais. Um exemplo da necessidade dessa diferenciação são os casos de terapias para os transtornos globais de desenvolvimento, em qu hoje a coparticipação é um mecanismo importante para não ampliar sobremaneira o número de sessões sem comprovação da melhora ao paciente. Também deveria poder cobrar o que ficou pendente em 12 meses e levar para cobrança nos próximos 12 meses, caso contrário pode ocorrer de o beneficiá
306760	xxxxxxxxx

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306763	- § 7º Para fins da apuração do percentual de reajuste no agrupamento de contratos, a exceção do disposto no art. 49 desta Resolução, a operadora deverá observar estabelecido no caput e § 1º do art. 37. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
306763	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306763	
306763	

Protocolo	Justificativa
306763	Quaisquer alterações que a ANS venha a promover, ainda que se pudesse as ter como legítimas, somente poderão incidir sobre contratos novos, sendo preservados os contratos já celebrados, sob pena de violação ao ato jurídico perfeito. No entanto, a minuta de RN é silente neste ponto. A Constituição estabelece, em seu art. 5º, XXXVI, que “a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”, o que consta também do art. 6º d LINDB. Trata-se de regra de direito intertemporal, que tem por objetivo preservar a segurança jurídica, a confiança legítima e a estabilidade das relações sociais e econômicas. Não é permitido que o Estado promova reconfigurações legislativas que prejudiquem o que ficou estipulado no passado. As relaçõe contratuais inserem-se no escopo dessa especial proteção constitucional. Os contratos são celebrados a partir da suposição das partes de que as condiçõe subjacentes à pactuação – dentre as quais, a moldura jurídica – serão mantidas. Isto é: se um ato ou negócio jurídico seguiu as exigências legais vigentes época da sua formação, lei posterior não poderá, em regra, retroagir para afetar aquele ato ou ajuste previamente consumado. Os contratos são atos jurídic perfeitos, que protegidos pelo art. 5º, XXXVI da Constituição.
306763	Propõe-se a exclusão da alínea "b", do inciso V, do art. 27. Deve ser ressaltado que cada índice possui uma função específica e mede diferentes aspectos, de modo que é necessário prever a aplicação de ambos o índices de reajuste: sinistralidade, importante para correção de distúrbios ocorridos no último ano de contrato, trazendo-o ao ponto de equilíbrio; e VCMH, pa que o contrato chegue ao ano subsequente equilibrado, preservando sua liquidez, a fim de que, no próximo reajuste, a apólice continue em patamares saudáveis. A exclusão de um índice de um contrato exige uma análise aprofundada do seu equilíbrio econômico-financeiro, para que se evitem prejuízos pa qualquer das partes, uma vez que se o índice está previsto no contrato, ele foi considerado na precificação do plano. A AIR deixou de analisar tal impacto, o que prejudica a sua previsão. Além disso, não se poderia atingir de forma alguma os contratos já firmados em observância ao pacta sunt servanda e ao ato jurídico perfeito. A possibilidade de escolha de qual índice aplicar pode gerar insegurança jurídica nas negociações e suscitar questionamentos por parte dos agentes econômicos envolvidos. Ademais, acerca das previsões legais, o legislador prevê apenas que os critérios de reajuste e revisão deverão estar dispostos nos contratos de planos de saúde (art. 16, inciso XI, da Lei nº 9.656/98, assegurando que as partes tenham ampla liberdade para negociar sobre o tema. Com a proposta de impedir a acumulação de reajuste financeiro e de reajuste por sinistralidade (técnico) e impor limite mínimo de sinistralidade meta, a AN vai além dos limites conferidos pela lei, inovando em direitos e obrigações sobre “reajuste/revisão” de preços, matéria de direito civil, que deve ser tratada p meio de lei, causando restrição indevida à livre iniciativa e à liberdade econômica por norma infralegal (art. 22, I, e art. 170, da CRFB), sendo tal proposta passível de questionamento, no tocante à legalidade e à constitucionalidade. A acumulação dos reajuste financeiro e técnico se justifica pois incidem sobre bases distintas, e sua vedação, prevista no inciso V, prejudicaria a atualizaçã dos preços para cobertura futura, prospectiva, com efeitos danosos ao equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e, consequentemente, do setor. A necessidade de ajuste é corroborada, ainda, pela Lei de Liberdade Econômica - LLE, que estabeleceu garantias importantes para o exercício da livre iniciativa, que transfere ao regulador o ônus de fundamentar como e em que medida a adoção da medida regulatória preconizada se justifica e não ultrapas as circunstâncias que devem ser evitadas segundo a lei. A LLE introduziu, ainda, novo dispositivo ao Código Civil, para conferir maior proteção ao princípi também na esfera contratual. O novo art. 421-A passou a prever que “[o]s contratos civis e empresariais presumem-se paritários e simétricos até a presenç de elementos concretos que justifiquem o afastamento dessa presunção”, garantindo, ainda, que “a alocação de riscos definida pelas partes deve ser respeitada e observada” (inciso II). Por fim, a AIR não avaliou os impactos econômico-financeiros e concorrenciais das alterações propostas sobre o mercado, em violação aos deveres de motivação qualificada da ANS no processo de elaboração normativa.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306763	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306763	Art. 27, inciso II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço claro e explícito, conforme definido em contrato e divulgado e logada do contratante, no Portal da Operadora;

Protocolo	Justificativa
306763	Identifica-se que é preciso alterar a redação proposta pela ANS, para assegurar que haja previsão expressa de que o índice divulgado é aquele convencion entre as partes em contrato, observando a liberdade contratual e a livre negociação entre as partes. A modificação ora proposta serve para garantir que não está tratando de um índice genérico de preços, tendo em vista que um índice genérico puro não demonstra apropriadamente a variação dos custos médico hospitalares, em especial no tocante à frequência de utilização. Acerca das previsões legais, o legislador prevê apenas que os critérios de reajuste e revisão deverão estar dispostos nos contratos de planos de saúde (ar 16, inciso XI, da Lei nº 9.656/98, assegurando que as partes tenham ampla liberdade para negociar sobre o tema. A lei conferiu a ANS somente a incumbên de “autorizar” e de “homologação” do reajuste (art. 4º, incisos XVII e XVIII, Lei nº 9.961/00), cabendo a Agência, pois, regulamentar exclusivamente aquilo q for primordial para possibilitar os atos previstos na referida lei. Os ajustes sugeridos no inciso II se justificam, já que a redação inicialmente proposta pela AN parece ter o condão de reduzir a livre negociação das partes sobre o índice a ser convencionado. A necessidade de ajuste é corroborada, ainda, pela Lei d Liberdade Econômica - LLE, que estabeleceu garantias importantes para o exercício da livre iniciativa, que transfere ao regulador o ônus de fundamentar co e em que medida a adoção da medida regulatória preconizada se justifica e não ultrapassa as circunstâncias que devem ser evitadas segundo a lei. A LLE introduziu, ainda, novo dispositivo ao Código Civil, para conferir maior proteção ao princípio também na esfera contratual. O novo art. 421-A passou a preve que “[o]s contratos civis e empresariais presumem-se paritários e simétricos até a presença de elementos concretos que justifiquem o afastamento dessa presunção”, garantindo, ainda, que “a alocação de riscos definida pelas partes deve ser respeitada e observada” (inciso II).

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306763	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306763	

Protocolo	Justificativa
306763	Propõe-se a exclusão da alínea "a", do inciso V, do art. 27 da RN nº 565/2022. Destaca-se a necessidade de que haja previsão para aplicação de ambos os índices de reajuste: sinistralidade, para a correção de distúrbios ocorridos no último ano de contrato, trazendo-o ao ponto de equilíbrio; e VCMH, para a correta precificação do plano, a fim de que o contrato chegue ao ano subsequen equilibrado, preservando sua liquidez. Assim, no próximo reajuste, o contrato se manterá em patamares saudáveis, evitando reprecificações. A exclusão d um índice de um contrato exige uma análise aprofundada do seu equilíbrio econômico-financeiro, para que se evitem prejuízos para qualquer das partes, ur vez que se o índice está previsto no contrato, ele foi considerado na precificação do plano. A AIR deixou de analisar tal impacto, o que prejudica a sua previsão. Além disso, não se poderia atingir de forma alguma os contratos já firmados em observância ao pacta sunt servanda e ao ato jurídico perfeito. Cabe destacar que tanto para os contratos que compõem o pool, quanto para aqueles negociados individualmente, é frequente a existência de contratos de considerável valor, reajustados periodicamente por mais de um índice, com a concordância expressa das partes contratantes. A possibilidade de escolha de qual índice aplicar pode gerar insegurança jurídica nas negociações e suscitar questionamentos por parte dos agentes econômicos envolvidos. Ademais, acerca das previsões legais, o legislador prevê apenas que os critérios de reajuste e revisão deverão estar dispostos nos contratos de planos de saúde (art. 16, inciso XI, da Lei nº 9.656/98, assegurando que as partes tenham ampla liberdade para negociar sobre o tema. Com a proposta de impedir a acumulação de reajuste financeiro e de reajuste por sinistralidade (técnico) e impor limite mínimo de sinistralidade meta, a AN vai além dos limites conferidos pela lei, inovando em direitos e obrigações sobre “reajuste/revisão” de preços, matéria de direito civil, que deve ser tratada p meio de lei, causando restrição indevida à livre iniciativa e à liberdade econômica por norma infralegal (art. 22, I, e art. 170, da CRFB), sendo tal proposta passível de questionamento, no tocante à legalidade e à constitucionalidade. A acumulação dos reajuste financeiro e técnico se justifica pois incidem sobre bases distintas, e sua vedação, prevista no inciso V, prejudicaria a atualizaçã dos preços para cobertura futura, prospectiva, com efeitos danosos ao equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e, consequentemente, do setor. A necessidade de ajuste é corroborada, ainda, pela Lei de Liberdade Econômica - LLE, que estabeleceu garantias importantes para o exercício da livre iniciativa, que transfere ao regulador o ônus de fundamentar como e em que medida a adoção da medida regulatória preconizada se justifica e não ultrapas as circunstâncias que devem ser evitadas segundo a lei. A LLE introduziu, ainda, novo dispositivo ao Código Civil, para conferir maior proteção ao princípi também na esfera contratual. O novo art. 421-A passou a prever que “[o]s contratos civis e empresariais presumem-se paritários e simétricos até a presenç de elementos concretos que justifiquem o afastamento dessa presunção”, garantindo, ainda, que “a alocação de riscos definida pelas partes deve ser respeitada e observada” (inciso II). Por fim, a AIR não avaliou os impactos econômico-financeiros e concorrenciais das alterações propostas sobre o mercado, em violação aos deveres de motivação qualificada da ANS no processo de elaboração normativa.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306763	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
306763	- I - os percentuais de reajuste aplicados; e (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) II - as alterações de coparticipação e franquia.	Alteração
306763	- II - a data, o percentual do reajuste aplicado ao contrato cole□vo e sua previsão contratual; (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) III - o valor cobrado; e IV - que o reajuste será comunicado à ANS pela internet, por meio de aplica□vo, nos prazos determinados pela Instrução Norma□va nº 13, de 21 de julho de 2006, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, ou em norma que vier a sucedê-la.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306763	
306763	I - os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e
306763	II - a data e o percentual do reajuste aplicado ao contrato coletivo;

Protocolo	Justificativa
306763	Propõe-se a exclusão da alínea "b", do inciso I, do art. 27, da RN 565/2022. O período de apuração e o índice de reajuste devem ser definido em contrato, havendo determinação regulatória relacionada ao período de aplicação exclusivamente. Definir o período de apuração a cada 12 meses traz significativo impacto às operadoras, sobretudo na apuração do primeiro reajuste, sem comprovado benefício regulatório. Ressaltamos que esta previsão não foi considerada na AIR.
306763	Tendo em vista que a Lei 9.961/00 dispõe que cabe à ANS autorizar os reajustes e as revisões das contraprestações monetárias dos planos privados de assistência à saúde, com a consulta ao Ministério da Fazenda, observa-se que a referida lei distingue claramente os dois instrumentos, considerando-os cor revisão e reajuste. A unificação e a proibição de aplicação no mesmo exercício financeiro não se mostram razoáveis para as operadoras. É importante desta que, caso se opte por essa alternativa, a ANS deverá realizar as alterações necessárias na nomenclatura em todas as normas que façam referência ao assunto.
306763	Trata-se de obrigação adicional de transparência para as OPS que se prestaria a reduzir assimetrias informacionais. No entanto, o beneficiário já possui acesso às informações contratuais mencionadas por outros meios, como o próprio contrato, contato direto com a operadora, consulta ao site ou ao aplicativ etc. Dessa forma, tais obrigações são, em sua maior parte, redundantes em relação a outros deveres de informação impostos às operadoras, não sendo capazes de ampliar o nível de informação dos beneficiários de forma significativa. Além disso, impõem custos financeiros e operacionais significativos para OPS, diminuindo-se a balança de custo-benefício. Ressalte-se que esses custos não foram identificados ou considerados na verificação da viabilidade da alterações propostas, em violação ao Decreto nº 10.411/2020.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306763	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306763	- “Art. 32. .... II – a data, o percentual do reajuste aplicado ao contrato coletivo e sua previsão contratual; ..... § 2º No documento previsto no parágrafo 1º, a informação tratada no inciso III do caput deste ar□go deverá especificar o valor para pagamento do beneficiário e o valor da mensalidade do mês anterior.” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306763	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com os seus contratos coletivos por adesão e os contratos coletivos empresariais para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.
306763	Propõe-se a alteração do inciso IV, do art. 32. Art. 32, inciso IV - que o reajuste será comunicado à ANS pela internet, por meio de aplicativo, nos prazos determinados pela Instrução Normativa nº 29/

Protocolo	Justificativa
306763	Segundo o IBA, em seu documento Contribuições Atuariais à AP 48, a simples inclusão de contratos maiores no agrupamento de risco não oferece garantia reajustes inferiores ao histórico atual, especialmente se observarmos que os agrupamentos apresentam massa crítica, de maneira que a adição de mais contratos não traz, estatisticamente, alteração no seu resultado. O efeito adverso seria que os contratos com mobilidade (ausência de carência e CPT) e co necessidade individual de reajuste menor, poderão migrar para outra operadora em busca de preços mais competitivos, prejudicando o coletivo de beneficiários remanescentes. Assim, o agrupamento de até 29 beneficiários passará a subsidiar os contratos sem carência que pertencem ao mesmo agrupamento. Frise-se o conceito de "mutualismo" preconizado pela ANS no AIR, onde o risco e o custo são compartilhados entre indivíduos de um mesm grupo, conceito este que não pode ser confundido com o de "subsídio", quando indivíduos de menor risco (e custo) arcam com os indivíduos de maior risco Desta forma, em se definindo pela ampliação do atual agrupamento, há que se aplicar o mesmo critério de porte de contrato com relação a carência e Cobertura Parcial Temporária, ou determinar dois agrupamentos distintos. As alterações propostas pela ANS nas regras de agrupamento de contratos coletivos trazem implicações consideráveis para a sustentabilidade e eficiência setor de saúde suplementar. A elevação do limite de agrupamento para até 1.000 vidas em contratos empresariais tem potencial de comprometer a eficiênc do setor ao uniformizar reajustes para carteiras heterogêneas, intensificando falhas de mercado e desincentivando práticas de gestão eficiente dos recursos saúde e de redução das despesas assistenciais. Essa ampliação pode gerar impactos expressivos no equilíbrio econômico das operadoras, visto que parcela significativa delas contaria apenas com índice único de reajuste para grande número de produtos com perfis heterogêneos. O agrupamento de contratos por adesão e empresariais desconsidera diferenças estruturais relevantes entre os dois segmentos, como perfis etários, sinistralidade e mecanismos de gestão. A uniformização das regras desconsidera ainda a variação nos custos assistenciais e administrativos entre contratos tamanhos e características distintas, o que pode gerar distorções de preços e incentivar a seleção adversa. A proposta, ao unificar regras de reajuste, agra as falhas de mercado dos planos por adesão, tendo potencial de limitar o acesso à saúde suplementar e penalizar produtos mais eficientes. A falta de flexibilidade para segregar perfis de risco pode aumentar a sinistralidade média, comprometendo a sustentabilidade financeira das operadoras e afetando diretamente sua capacidade de negociação e gestão eficiente das carteiras. Caso aprovadas, as alterações à regra de agrupamento propostas pela ANS comprometem a autonomia das operadoras nas negociações, ignorando particularidade de seus modelos de negócio e restringindo a liberdade na definição de preços na formulação de estratégias competitivas, de modo contrário disposto na Lei da Liberdade Econômica (Art. 4º, inciso IV). O Relatório de AIR afirma que os principais riscos decorrentes das alterações normativas em estudo seriam “um aumento no nível de preços e uma maior discriminação nos preços de contratação”. A despeito dessas constatações, a Agência não fez maiores esforços para explicar o motivo da sua preferência p seguir com alterações regulatórias que podem gerar incremento de preços para os beneficiários. Nem estimou as dimensões que esses aumentos poderia atingir, para fins de verificação dos efeitos sistêmicos potenciais sobre o mercado. Além disso, a ANS desconsidera a complexidade e heterogeneidade qu caracterizam o setor, na medida em que deixa de avaliar se essas alterações propostas poderiam inviabilizar o modelo de negócios de parte das OPS. De acordo com o RAIR, alterando-se os limites atuais, a proporção de beneficiários sujeita a agrupamento passaria de 27% (30 vidas) para 61% (1.000 vida
306763	Substituição da IN 13, de 2006 pela IN 29, de 2022, conforme atualização normativa da ANS.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306763	- I - deverão constar do contrato: (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Minuta de Norma - Reajuste Coletivo - RN 565/2022 alterada (31143141) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306763	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306763	I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice e o períod apuração definidos em contratos;
306763	Art. 37, § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais ao agrupamento de contratos de caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupa

Protocolo	Justificativa
306763	O período de apuração e o índice de reajuste devem ser definido em contrato, havendo determinação regulatória relacionada ao período de aplicação exclusivamente. Definir o período de apuração a cada 12 meses traz significativo impacto às operadoras, sobretudo na apuração do primeiro reajuste, sem comprovado benefício regulatório. Ressaltamos que esta previsão não foi considerada na AIR.
306763	Segundo o IBA, em seu documento Contribuições Atuariais à AP 48, a simples inclusão de contratos maiores no agrupamento de risco não oferece garantia reajustes inferiores ao histórico atual, especialmente se observarmos que os agrupamentos apresentam massa crítica, de maneira que a adição de mais contratos não traz, estatisticamente, alteração no seu resultado. O efeito adverso seria que os contratos com mobilidade (ausência de carência e CPT) e co necessidade individual de reajuste menor, poderão migrar para outra operadora em busca de preços mais competitivos, prejudicando o coletivo de beneficiários remanescentes. Assim, o agrupamento de até 29 beneficiários passará a subsidiar os contratos sem carência que pertencem ao mesmo agrupamento. Frise-se o conceito de "mutualismo" preconizado pela ANS no AIR, onde o risco e o custo são compartilhados entre indivíduos de um mesm grupo, conceito este que não pode ser confundido com o de "subsídio", quando indivíduos de menor risco (e custo) arcam com os indivíduos de maior risco Desta forma, em se definindo pela ampliação do atual agrupamento, há que se aplicar o mesmo critério de porte de contrato com relação a carência e Cobertura Parcial Temporária, ou determinar dois agrupamentos distintos. As alterações propostas pela ANS nas regras de agrupamento de contratos coletivos trazem implicações consideráveis para a sustentabilidade e eficiência setor de saúde suplementar. A elevação do limite de agrupamento para até 1.000 vidas em contratos empresariais tem potencial de comprometer a eficiênc do setor ao uniformizar reajustes para carteiras heterogêneas, intensificando falhas de mercado e desincentivando práticas de gestão eficiente dos recursos saúde e de redução das despesas assistenciais. Essa ampliação pode gerar impactos expressivos no equilíbrio econômico das operadoras, visto que parcela significativa delas contaria apenas com índice único de reajuste para grande número de produtos com perfis heterogêneos. O agrupamento de contratos por adesão e empresariais desconsidera diferenças estruturais relevantes entre os dois segmentos, como perfis etários, sinistralidade e mecanismos de gestão. A uniformização das regras desconsidera ainda a variação nos custos assistenciais e administrativos entre contratos tamanhos e características distintas, o que pode gerar distorções de preços e incentivar a seleção adversa. A proposta, ao unificar regras de reajuste, agrav as falhas de mercado dos planos por adesão, tendo potencial de limitar o acesso à saúde suplementar e penalizar produtos mais eficientes. A falta de flexibilidade para segregar perfis de risco pode aumentar a sinistralidade média, comprometendo a sustentabilidade financeira das operadoras e afetando diretamente sua capacidade de negociação e gestão eficiente das carteiras. Caso aprovadas, as alterações à regra de agrupamento propostas pela ANS comprometem a autonomia das operadoras nas negociações, ignorando particularidade de seus modelos de negócio e restringindo a liberdade na definição de preços na formulação de estratégias competitivas, de modo contrário disposto na Lei da Liberdade Econômica (Art. 4º, inciso IV). O Relatório de AIR afirma que os principais riscos decorrentes das alterações normativas em estudo seriam “um aumento no nível de preços e uma maior discriminação nos preços de contratação”. A despeito dessas constatações, a Agência não fez maiores esforços para explicar o motivo da sua preferência p seguir com alterações regulatórias que podem gerar incremento de preços para os beneficiários. Nem estimou as dimensões que esses aumentos poderia atingir, para fins de verificação dos efeitos sistêmicos potenciais sobre o mercado. Além disso, a ANS desconsidera a complexidade e heterogeneidade qu caracterizam o setor, na medida em que deixa de avaliar se essas alterações propostas poderiam inviabilizar o modelo de negócios de parte das OPS. De acordo com o RAIR, alterando-se os limites atuais, a proporção de beneficiários sujeita a agrupamento passaria de 27% (30 vidas) para 61% (1.000 vida

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306763	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração
306763	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
306763	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306763	Art. 27, inciso III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistr da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais, provisões e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consec anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato;
306763	Art. 40, § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, independentemente quantidade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento s os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento.
306763	

Protocolo	Justificativa
306763	Deve ser ressaltado que a AIR deixou de avaliar os impactos econômico-financeiros e concorrenciais acerca das modificação que estão sendo propostas sol o mercado, infringindo, assim, o dever de motivação qualificada da ANS ao elaborar normativas. Não devem ser tomadas como base somente as despesa assistenciais e as receitas, mas também as provisões, que são importantes para compor o sinistro total, o que representa a correta mensuração da sinistralidade.
306763	Os contratos estipulados por administradora de beneficios se valem de condições comerciais especificas (coberturas, canais de venda, condições de carênc preços etc), ofertando-as às entidades integrantes. Desvincular, portanto, essa massa homogênea no reajuste é impor condição contraditória às bases em q o contrato foi firmado. As alterações da regra de agrupamento propostas pela ANS comprometem a autonomia das operadoras nas negociações, ignorando particularidade de seus modelos de negócio e restringindo a liberdade na definição de preços e na formulação de estratégias competitivas, de modo contrár ao disposto na Lei da Liberdade Econômica (Art. 4º, inciso IV).
306763	A redação proposta pela ANS determina uma meta única de sinistralidade para todo o mercado, o que pode ocasionar efeitos sistêmicos profundos, tendo e vista as especificidades nas operações de cada OPS. A Agência não esclarece como as diferenças regionais, a diversidade de nichos e segmentos de mercado atendidos, as características ocupacionais dos beneficiários, bem como as oscilações na remuneração de intermediários e nos custos indiretos, seriam (ou não) adequadamente capturados e equacionados pela meta única estipulada. As repercussões concorrenciais dessa alteração não foram devidamente ponderadas pela ANS de forma adequada ou transparente. A ANS não poderia te passado ao largo dessa perspectiva concorrencial, inclusive à luz do disposto no art. 10, §2º da RN nº 548/2022, segundo o qual "[s]empre que for cabível, análises incluirão avaliação do impacto das alternativas regulatórias na concentração de mercados relevantes, abrangendo análise de entrada e impacto n competição entre operadoras". O Custo Técnico é um elemento fundamental para se delimitar o preço tarifário e os reajustes dos planos, já que reflete a utilização e a magnitude dos cust médicos, que se estimam ser incorridos pelo grupo de beneficiários. No entanto, existem outros componentes como carregamento de despesas e remunera dos acionistas que afetam significativamente a formação da contraprestação que a operadora deverá cobrar dos beneficiários. Ao definir uma sinistralidade mínima (75%) somente sobre o custo técnico, são desconsiderados todos os outros componentes que formam a contraprestaç Existem contratos individuais e operadoras, cujo desenho do negócio exigem patamares diferenciados de carregamento de outros componentes que não a sinistralidade, como custos administrativos fixos. Estima-se que, caso fosse estabelecido um critério de sinistralidade mínima de 75% para a comercialização de planos de assistência médico-hospitalar, os preços atuais teriam que ser reavaliados de modo a produzir um aumento de até 44% do índice de sinistralidade. Adicionalmente, destaca-se que para cerca de 16% das operadoras que operam com planos médico-hospitalares do mercado possuem um volume elevado carregamento administrativo, para os quais uma regra de sinistralidade mínima de 75% já não seria suficiente para manter o negócio viável. Por fim, o segmento médico-hospitalar atua com margens apertadas para remuneração do capital (margem de 2% em 2023), de modo que restrições para definição de margens, mesmo que pequenas, podem afetar o equilíbrio financeiro do mercado.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306763	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306763	

Protocolo	Justificativa
306763	Exclusão do inciso V, do art. 27. Destaca-se a necessidade de que haja previsão para aplicação de ambos os índices de reajuste: sinistralidade, para a correção de distúrbios ocorridos no último ano de contrato, trazendo-o ao ponto de equilíbrio; e VCMH, para a correta precificação do plano, a fim de que o contrato chegue ao ano subsequen equilibrado, preservando sua liquidez. Assim, no próximo reajuste, o contrato se manterá em patamares saudáveis, evitando reprecificações. Ademais, reações imediatas podem ser esperadas como, por exemplo, o aumento imediato de preço e restrição de acesso. Acerca das previsões legais, o legislador prevê apenas que os critérios de reajuste e revisão deverão estar dispostos nos contratos de planos de saúde (ar 16, inciso XI, da Lei nº 9.656/98, assegurando que as partes tenham ampla liberdade para negociar sobre o tema. Com a proposta de impedir a acumulação de reajuste financeiro e de reajuste por sinistralidade (técnico) e impor limite mínimo de sinistralidade meta, a AN vai além dos limites conferidos pela lei, inovando em direitos e obrigações sobre “reajuste/revisão” de preços, matéria de direito civil, que deve ser tratada p meio de lei, causando restrição indevida à livre iniciativa e à liberdade econômica por norma infralegal (art. 22, I, e art. 170, da CRFB), sendo tal proposta passível de questionamento, no tocante à legalidade e à constitucionalidade. A acumulação dos reajuste financeiro e técnico se justifica pois incidem sobre bases distintas, e sua vedação, prevista no inciso V, prejudicaria a atualizaçã dos preços para cobertura futura, prospectiva, com efeitos danosos ao equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e, consequentemente, do setor. Além disso, os índices de sinistralidade e de custos medem fatores distintos. A não aplicação de qualquer um dos dois implicará em desequilíbrio já no mês seguir à aplicação do reajuste em função do aumento das despesas. A necessidade de ajuste é corroborada, ainda, pela Lei de Liberdade Econômica - LLE, que estabeleceu garantias importantes para o exercício da livre iniciativa, que transfere ao regulador o ônus de fundamentar como e em que medida a adoção da medida regulatória preconizada se justifica e não ultrapas as circunstâncias que devem ser evitadas segundo a lei. A LLE introduziu, ainda, novo dispositivo ao Código Civil, para conferir maior proteção ao princípi também na esfera contratual. O novo art. 421-A passou a prever que “[o]s contratos civis e empresariais presumem-se paritários e simétricos até a presenç de elementos concretos que justifiquem o afastamento dessa presunção”, garantindo, ainda, que “a alocação de riscos definida pelas partes deve ser respeitada e observada” (inciso II). Por fim, a AIR deixou de avaliar os impactos econômico-financeiros e concorrenciais acerca das modificação que estão sendo propostas sobre o mercado infringindo, assim, o dever de motivação qualificada da ANS ao elaborar normativas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora
306763	2025-02-07 21:04:23	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306763	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306763	- § 2º No documento previsto no parágrafo 1º, a informação tratada no inciso III do caput deste ar□go deverá especificar o valor para pagamento do beneficiário e o valor da mensalidade do mês anterior. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306763	- Art. 28. Estão sujeitos ao comunicado de reajuste os planos cole□vos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e os planos cole□vos exclusivamente odontológicos, com formação de preço préestabelecido, assim definidos pelo item 11.1.1 do Anexo II da Resolução Norma□va nº 85, de 7 de dezembro de 2004, ou em norma que vier a sucedê-la, independente da data da celebração do contrato, para os quais deverão ser informados à ANS:	Alteração
306769	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Exclusão
306769	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
306769	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306763	IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenc provisões e as receitas diretas do plano, conforme regras e períodos determinados em contrato;
306763	§ 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagam beneficiário.
306763	Art. 28. Estão sujeitos ao comunicado de reajuste os planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e os planos coletivos exclusivamente odontológicos, com formação de preço préestabelecido, assim definidos pelo item 11.1.1 do Anexo II da Resolução Normativa nº 543/22, norma que vier a sucedê-la, independente da data da celebração do contrato, para os quais deverão ser informados à ANS:
306769	
306769	§ 4º O reajuste dos valores contidos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste a deverá estar previsto no instrumento contratual celebrado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e os contratantes.
306769	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores de referência de remuneração praticados entre a operador planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.

Protocolo	Justificativa
306763	A redação proposta pela ANS determina uma meta única de sinistralidade para todo o mercado, o que pode ocasionar efeitos sistêmicos profundos, tendo e vista as especificidades nas operações de cada OPS. A Agência não esclarece como as diferenças regionais, a diversidade de nichos e segmentos de mercado atendidos, as características ocupacionais dos beneficiários, bem como as oscilações na remuneração de intermediários e nos custos indiretos, seriam (ou não) adequadamente capturados e equacionados pela meta única estipulada. Propõe-se a modificação, pois, para fins de cálculo da sinistralidade, é importante ressaltar que haverá impacto da variação das provisões técnicas. Considerando que este inciso trata do primeiro ano do contrato, é possível que a operadora não tenha a maturação de cada um dos 12 meses que compõer período de reajuste, dado que parte das notificações leva certo tempo para serem avisadas. Assim, será necessário considerar os incrementos de tais provisões técnicas, PESL e PEONA para complemento do sinistro faltante. Além disso, há o efeito da carência, que pode ocasionar um efeito rebote, observando uma sinistralidade reduzida no primeiro ano, por conta da carência, e no segundo ano, uma sinistralidade elevada, devido à apuração subestima do primeiro ano. Cabe ressaltar que a proposta é que a ANS não tome como base somente as despesas assistenciais e as receitas, mas também as provisões, que são importantes para compor o sinistro total, o que representa a correta mensuração da sinistralidade. Por fim, é importante destacar a necessidade de aplicação da VCMH nos reajustes anuais para a correta precificação do plano, de modo que o contrato chegue ao ano subsequente equilibrado, preservando sua liquidez. Desta forma, no próximo reajuste, a apólice continuará em patamares saudáveis, evitan reprecificações.
306763	Trata-se de obrigação adicional de transparência para as OPS que se prestaria a reduzir assimetrias informacionais. No entanto, o beneficiário já possui acesso às informações relativas as mensalidades anteriores por outros meios, como, por exemplo, entrando em contato com a operadora, consulta ao site ao aplicativo etc. Dessa forma, tais obrigações são, em grande parte, redundantes em relação a outros deveres de informação já impostos às operadoras. C seja, não são capazes de ampliar o nível de informação dos beneficiários de forma significativa. Isso, ao mesmo tempo em que impõem custos financeiros operacionais relevantes para as OPS, diminuindo-se a balança de custo-benefício. Esses custos não foram identificados ou considerados na verificação d viabilidade das alterações propostas, em violação ao Decreto nº 10.411/2020(cf. art. 2º, IV).
306763	Substituição da RN 85, pela RN 543, conforme atualização normativa da ANS.
306769	Sugere-se a exclusão do parágrafo considerando que conforme estudo da ANAHP, "Observatório ANAHP 2024", entre 10% e 11% das internações se inici em pronto-socorro, sendo que parte delas pode ser resultado de estratégias de gestão dos prestadores. A exclusão da coparticipação na fase ambulatoria pode estimular o uso indevido do pronto-socorro por parte dos beneficiários, gerando um tratamento desigual em relação àqueles que utilizam clínicas e consultórios regularmente. Essa medida contraria a orientação da Agência de não incentivar práticas que sobrecarreguem o sistema.
306769	Sugerimos que o reajuste dos valores da tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, deverão estar previstos instrumento contratual celebrado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e os contratantes. Isso decorre da inviabilidade na aplicação do reajuste concedido pela operadora à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, haja vista que com ca prestador haverá uma negociação.
306769	Sugerimos a alteração do dispositivo, com o objetivo de assegurar que a tabela de valores divulgada nos instrumentos regulamentados funcione como um referência, pois desta forma, estará preservado a esfera privada das negociações de valores entre as partes envolvidas, eventualmente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306769	- § 6º É vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços de saúde dos valores devidos a □tulo de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado sempre à operadora de plano privado de assistência à saúde, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual. § 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respec□vo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato. § 8º Na modalidade de franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go, somente incidirá o limite de exposição	Exclusão
306769	- Art. 9º A copar□cipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde; II - percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e III - valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a □tulo de coparticipação.	Alteração
306769	- § 3º Para fins de observância do limite de exposição financeira anual, considerar-se-ão os procedimentos e/ou eventos em saúde efe□vamente realizados dentro do respec□vo período anual, sobre os quais incidiram Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
306769	- § 1º A copar□cipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.	Alteração
306769	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306769	
306769	II - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efetivamente pago pela operadora de planos privad assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou ao beneficiário, nos casos de reembolso, conforme definido em contrato.
306769	
306769	§ 1º A coparticipação é o valor devido em razão da realização pelo beneficiário de um procedimento ou evento em saúde, conforme previsão contratu
306769	

Protocolo	Justificativa
306769	Sugerimos a exclusão do dispositivo, em resumo, considerando a sugestão elencada no art.2º § 2º, no sentido de que seja permitido o pagamento direto a prestador, não há razão para a vedação expressa trazida pelo § 6º. Nesse sentido, reforçamos que a alteração pretendida pela ANS, está em total desconformidade com às práticas conhecidas no setor. É válido observar qu atualmente, as operadoras que fazem uso dos mecanismos financeiros da Franquia já permitem que a cobrança seja realizada pelo prestador. Ademais, convém asseverar que a Franquia em outros segmentos, por exemplo, o de automóvel, e internacionalmente, é caracterizado pela cobrança realizada pelo prestador de serviços. Logo, alterar essa lógica, sem qualquer fundamento ou justificativa poderia ocasionar em assimetria de informações, afetando diretamente o próprio beneficiário, uma vez que, uma parcela dos beneficiários que possuem contrato com franquias permaneceria realizando o pagamento direto ao prestador, enquanto outra parcela efetuaria o pagamento à operadora. Importante se faz frisar também que, no relatório de Análise de Impacto Regulatório não houve qualquer análise e/ou estudo sobre a modificação pretendic pela norma, sequer foram apresentados estudos com amparo internacional, que justificasse tal alteração. Por fim, destaca-se que, se a operadora não possui responsabilidade pela cobertura, é incoerente que haja vedação de cobrança pelo prestador, pois fatalmente se operadora realizará a cobrança, como subtende-se com tal vedação, o risco de crédito dessa operação será transferido para ela. Por tais razões, solicitamos a exclusão do dispositivo.
306769	Sugerimos a alteração do dispositivo, considerando que a própria ANS permite a cobrança de copartipação, nos termos da RN 566/2022 - que dispõe sobre garantia de atendimento, entende-se que a normativa de mecanismos de regulação financeira deve observar as regras de atendimento, deixando explicita possibilidade de dedução de valores a título de coparticipação, na hipótese de reembolso. Importante destacar, adicionalmente, que os casos de reembols tem sido objeto de fraudes frequentes, como já amplamente divulgado pela mídia.
306769	Propomos a exclusão do dispositivo, em consequência da exclusão do caput do artigo que versa sobre os limites de exposição financeira (anual e mensal) p fins de adequação do texto, conforme já devidamente fundamentado no Artigo 5º da minuta.
306769	Propomos a alteração do dispositivo, para que haja conformidade com as especificidades operacionais, da região e do prestador.
306769	Sugerimos a exclusão do dispositivo, em consequência da exclusão do caput do artigo que versa sobre os limites de exposição financeira (anual e mensal para fins de adequação do texto, conforme já devidamente fundamentado no Artigo 5º da minuta. É imprescindível considerar, ainda, que a redação proposta incentiva o aumento do risco moral e comportamentos oportunistas gerando aumento de preç como informado pela própria ANS no relatório de Análise de Impacto Regulatório e suprimindo do mercado uma opção de preço mais acessível aos beneficiários.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306769	- § 3º Considera-se procedimento realizado em regime de internação todo aquele que resulta em uma internação do beneficiário, inclusive os atendimentos realizados em regime de hospital-dia, desde que para realização de procedimento previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANS como de cobertura obrigatória para a segmentação hospitalar.	Exclusão
306769	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
306769	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração
306769	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
306769	- § 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.	Exclusão
306769	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306769	
306769	Sugerimos a exclusão do "Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regra dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação." pois a redação viola o ato jurídico perfeito e sunt servanda. Isso porque, cláusulas contratuais celebradas anteriormente à vigência do ato normativo, viola diretamente a segurança jurídica. Ressalta-se que essa proposta está em total desconformidade com o princípio da irretroatividade e da proteção do ato jurídico perfeito, segundo o qual a norma não pode ser aplicada às situações constituídas sobre a vigência da norma revogada ou modificada. Assim, reiteramos que, com a redação proposta, muito embora a proposta normativa não obrigue a adaptação dos contratos, dispondo que a nova norma s incidirá sobre contratos anteriores quando houver uma eventual alteração da cláusula de disponha sobre Mecanismos Financeiros de Regulação, deverá observância ao preconizado na presente norma. Portanto, resta claro que, sendo facultativa a adaptação dos contratos anteriormente firmados às novas regras inexiste fundamento jurídico para a retroativid contratos já vigentes.
306769	§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, independentemente do produto conter o fator moderador de coparticipaç havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º d desta norma.
306769	
306769	
306769	

Protocolo	Justificativa
306769	Sugerimos a exclusão, tendo em vista que, limitar somente aos procedimentos de natureza hospitalar não é o ideal, tendo em vista que, também os procedimentos de segmentação ambulatorial realizados em regime hospitalar (hospital-dia) geram custos dessa natureza para a operadora. Logo, todos os atendimentos realizados em Hospital-dia devem ser considerados. Todavia, é aconselhável que seja feita uma análise técnica-médica sobre esse ponto.
306769	Sugerimos a exclusão do Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras n dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação. pois a redação viola o ato jurídico perfeito e pacta sunt servanda. Isso porque, cláusulas contratuais celebradas anteriormente à vigência do ato normativo, viola diretamente a segurança jurídica. Ressalta-se que essa proposta está em total desconformidade com o princípio da irretroatividade e da proteção do ato jurídico perfeito, segundo o qual a no norma não pode ser aplicada às situações constituídas sobre a vigência da norma revogada ou modificada. Assim, reiteramos que, com a redação proposta, muito embora a proposta normativa não obrigue a adaptação dos contratos, dispondo que a nova norma somente incidirá sobre contratos anteriores quando houver uma eventual alteração da cláusula de disponha sobre Mecanismos Financeiros de Regulação deverá haver observância ao preconizado na presente norma. Portanto, resta claro que, sendo facultativa a adaptação dos contratos anteriormente firmados às novas regras inexiste fundamento jurídico para a retroatividade aos contratos já vigentes.
306769	Sugerimos a alteração do dispositivo, considerando que na regulamentação em vigor inexiste obrigatoriedade de registro de produto com fator moderador pa que seja cobrada a coparticipação em casos de internações psiquiátricas, preza-se pela segurança jurídica e pela manutenção do referido entendimento, visando sempre o fomento a desospitalização.
306769	Propõe-se a exclusão do dispositivo, em consequência da exclusão do caput do artigo que versa sobre os limites de exposição financeira (anual e mensal) p fins de adequação do texto, conforme já devidamente fundamentado no Artigo 5º da minuta.
306769	Sugerimos a exclusão do dispositivo, em consequência da exclusão do caput do artigo que versa sobre os limites de exposição financeira (anual e mensal para fins de adequação do texto, conforme já devidamente fundamentado no Artigo 5º da minuta. É imprescindível considerar, ainda, que a imposição de limites e isenções, sem uma análise aprofundada do impacto financeiro sobre as operadoras, pode resultar em um aumento significativo dos preços dos planos de saúde. Tal medida pode inviabilizar o acesso de parte da população à saúde suplementar, sobrecarregando o sistema público de saúde e incentivando a contratação de planos mais básicos e com menor cobertura.
306769	Sugerimos a exclusão do dispositivo, em consequência da exclusão do caput do artigo que versa sobre os limites de exposição financeira (anual e mensal para fins de adequação do texto, conforme já devidamente fundamentado no Artigo 5º da minuta.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306769	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306769	

Protocolo	Justificativa
306769	Sugerimos a exclusão do dispositivo, uma vez que existe estudos realizados pela ANAHP indicando que 80% dos atendimentos realizados em pronto-socor não correspondem a casos de real urgência ou emergência, o que já demonstra a importância de reavaliar a proposição normativa. Entende-se que cercear o mecanismo de regulação para essa finalidade é cercear a regulação médica, isso impede que as operadoras realizem uma gestã eficiente de seus recursos, em detrimento da qualidade do atendimento, prejudicando tanto os pacientes quanto o sistema de saúde como um todo. Ademais, pode representar uma forma de orientação, uma vez que há prontos-socorros com preços mais elevados; proporcionalmente, o valor fixo será superior em alguns estabelecimentos do que em outros, tornando incoerente tal proibição. Além disso, é importante ressaltar que, em alguns casos, a variação de preços é solicitada pelos próprios contratantes. Por questões de proximidade geográfica e controle sobre o plano de saúde de seus colaboradores, algumas empresas solicitam essa diferenciação, assim entende-se que, possibilidade cobrança diferenciada deve ser estendida a todos os procedimentos. A exclusão da coparticipação na fase ambulatorial pode estimular o uso indevido do pronto-socorro por parte dos beneficiários, gerando um tratamento desigual em relação àqueles que utilizam clínicas e consultórios regularmente. Essa medida contraria a orientação da Agência de não incentivar práticas qu sobrecarreguem o sistema.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306769	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
306769	- § 1º Nos casos do inciso I do caput deste ar□go, poderão ser cobrados valores dis□ntos a depender da complexidade do atendimento realizado, bem como do atendimento realizado por médico generalista daquele atendimento realizado por médico especialista, conforme previsto em contrato.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306769	
306769	

Protocolo	Justificativa
306769	Propomos a exclusão de todo o artigo 5º, inciso I e II, e parágrafos, uma vez que estabelecer uma lista de procedimentos isentos de qualquer mecanismo d regulação financeira e, adicionalmente, criar limites de exposição financeira (anual e mensal) e um percentual máximo para a incidência da coparticipaçã causará um impacto muito significativo no setor, afetando a sua sustentabilidade. Primeiramente, deve ser frisado que, Relatório de Análise de Impacto Regulatório, qualquer análise empírica que demonstrasse a necessidade de se limitar percentual a 30%, nem estudos sobre os impactos desse percentual sobre o mercado e sobre o consumidor. Para além de contrariar normas da própria AN não é possível extrair do Relatório AIR qualquer estudo que demonstre ser inviável alcançar os objetivos almejados se o limite fixado fosse superior a 30% Nesse sentido, entende-se que estabelecer limite máximo de 30% do valor da contraprestação fará com que a operadora absorva os valores excedentes, gerando um desequilíbrio para o contrato e trazendo risco para sua solvência. Os preços dos planos com copart serão onerados e se assemelharão aos plan sem copart tirando do mercado planos mais acessíveis à população em geral. O limite definido na proposta não foi precedido de estudo que demonstre qu esta é a alternativa menos restritiva capaz de atingir o objetivo almejado. Nesse sentido, ainda de acordo com os estudos elaborados pela Consultoria Ernst & Young, a "implementação de limites e isenções sobre a coparticipaçã podem aumentar a tarifa média para o beneficiário em até 20%, a depender do volume de coparticipação contratual." Portanto, é inevitável que, com o estabelecimento de limites e isenções sobre as regras de coparticipação, especialmente, quando relacionados a procedimentos que possuem um volume d utilização mais elevada, haja um aumento dos custos dos planos com coparticipação que afetariam as tarifas médias. Conforme se depreende do Relatório de AIR, o objetivo é impedir "cobranças desproporcionais e não [comprometer] a capacidade de pagamento dos beneficiários." Ocorre que a imposição cumulativa dos referidos limites pode ter um efeito inverso, configurando um verdadeiro paradoxo regulatório. É que impostos limites para a incidência desses mecanismos, a contraprestação pecuniária mensal desses planos será inevitavelmente majorada para que se mantenha a sustentabilidade econômico-financeira do plano. Isto é, tais planos deixariam de apresentar descontos vantajosos em relação aos demais. Consequentemente, a busca por eles diminuiria, o que resultaria na redução da oferta e, por fim, afetaria o próprio acesso de parcela dos consumidores a sistema de saúde suplementar. Isto é, ao impor limites com a intenção de proteger o consumidor, a ANS poderá levar ao efeito inverso. Ademais, é imperioso mencionar que, a aplicação de mecanismos financeiros de regulação em planos de saúde é estratégia comum no setor, devido às características intrínsecas à atividade de seguros. Dada a racionalização do consumo, o compartilhamento parcial das despesas médicas com os beneficiári e o consequente aumento da eficiência operacional do setor, planos com mecanismos financeiros de regulação tem como principal característica o fato de terem menores despesas, o que se reflete em benefícios ao consumidor em termos de menores mensalidades (valor comercial médio, ou VCM).
306769	Sugerimos a exclusão do dispositivo, em consequência da exclusão do caput do artigo que versa sobre os limites de exposição financeira (anual e mensal para fins de adequação do texto, conforme já devidamente fundamentado no Artigo 5º da minuta.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306769	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão
306769	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Exclusão
306769	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
306769	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306769	
306769	
306769	Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde isentos de cobrança deverão ser informados aos beneficiários em área logada
306769	§ 2º Nos casos de internações psiquiátricas, independentemente do produto conter o fator moderador de coparticipação e havendo previsão contratual, até c de internação, consecutivos ou não, a cada ano de contrato, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma.

Protocolo	Justificativa
306769	Sugerimos a exclusão do dispositivo, uma vez que contraria o princípio da segurança jurídica, fundamental para garantir a estabilidade e a previsibilidade na relações jurídicas. Dado um limite orçamentário, por que não transferir essa questão para o mês subsequente, considerando que o valor em questão foi excedido? É necessário ponderar algumas variáveis, como: e se toda a utilização do beneficiário ocorrer no último mês do período anual de vigência? E se o beneficiá optar por realizar todos os procedimentos em um único mês? Compreendemos que este parágrafo, além de prejudicar as operadoras ao inviabilizar qualqu tipo de cálculo, incentiva um comportamento oportunista. Além disso, observa-se o aumento do risco moral e incentivo a comportamentos oportunistas gerando aumento de preço como informado pela própria ANS relatório de AIR e retirando do mercado uma opção de preço mais acessível aos beneficiários.
306769	Sugerimos a exclusão do dispositivo, em consequência da exclusão do caput do artigo que versa sobre os limites de exposição financeira (anual e mensa para fins de adequação do texto, conforme já devidamente fundamentado no Artigo 5º da minuta.
306769	Considerando que, o anexo da minuta que elenca a lista de procedimentos isentos da incidência de mecanismos financeiros de regulação não está disponív para sugestão, propomos as alterações no referido Anexo no caput do Artigo, a fim de garantir maior equidade e eficiência no sistema, com base em estud técnicos. A proposta de estabelecer um rol de procedimentos isentos de cobrança de coparticipação, como previsto no Art. 3º da minuta, fere o princípio da livre negociação e pode resultar em um aumento significativo das mensalidades dos planos de saúde. O estudo realizado pela Consultoria Ernst & Young aponta que a implementação de limites e isenções sobre a coparticipação podem aumentar a tarifa méd para o beneficiário em até 20%, a depender do volume de coparticipação contratual. Portanto, é inevitável que, com o estabelecimento de limites e isenções sobre as regras de coparticipação, especialmente, quando relacionados a procedimentos que possuem um volume de utilização mais elevada, haja um aumento dos custos dos planos com coparticipação que afetariam as tarifas médias. Este resultado leva a uma convergência entre os preços dos planos com sem coparticipação. Por fim, com base nos estudos técnicos realizados , sugerimos alterações no Anexo da norma, a fim de garantir maior equidade e eficiência no sistema.
306769	Sugerimos a alteração do dispositivo, considerando que na regulamentação em vigor inexiste obrigatoriedade de registro de produto com fator moderador pa que seja cobrada a coparticipação em casos de internações psiquiátricas, preza-se pela segurança jurídica e pela manutenção do referido entendimento, visando sempre o fomento a desospitalização.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306769	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306769	

Protocolo	Justificativa
306769	Propomos a exclusão do dispositivo, uma vez que estabelecer uma lista de procedimentos isentos de qualquer mecanismo de regulação financeira e, adicionalmente, criar limites de exposição financeira (anual e mensal) e um percentual máximo para a incidência da coparticipação causará um impacto mui significativo no setor, afetando a sua sustentabilidade. Conforme se depreende do Relatório de AIR, o objetivo é impedir “cobranças desproporcionais e não [comprometer] a capacidade de pagamento dos beneficiários.” Ocorre que a imposição cumulativa dos referidos limites pode ter um efeito inverso, configurando um verdadeiro paradoxo regulatório. É que impostos limites para a incidência desses mecanismos, a contraprestação pecuniária mensal desses planos será inevitavelmente majorada para que se mantenha a sustentabilidade econômico-financeira do plano. Isto é, tais planos deixariam de apresentar descontos vantajosos em relação aos demais. Consequentemente, a busca por eles diminuiria, o que resultaria na redução da oferta e, por fim, afetaria o próprio acesso de parcela dos consumidores a sistema de saúde suplementar. Isto é, ao impor limites com a intenção de proteger o consumidor, a ANS poderá levar ao efeito inverso. Ademais, é imperioso mencionar que, a aplicação de mecanismos financeiros de regulação em planos de saúde é estratégia comum no setor, devido às características intrínsecas à atividade de seguros. Dada a racionalização do consumo, o compartilhamento parcial das despesas médicas com os beneficiári e o consequente aumento da eficiência operacional do setor, planos com mecanismos financeiros de regulação tem como principal característica o fato de terem menores despesas, o que se reflete em benefícios ao consumidor em termos de menores mensalidades (valor comercial médio, ou VCM). Assim, entende-se que planos com fatores moderadores apresentam VCM significativamente menor, fator que contribui para a atratividade de modalidade com coparticipação no mercado. Sendo assim, o conjunto de limitações proposto pela ANS implicará na diminuição da racionalização do consumo de serviç médicos, decorrente da redução do número de procedimentos de caráter eletivo em que incide fator moderador, bem como na diminuição do compartilhame de custos com os beneficiários no período de uso mais intensivo do plano. Este efeito decorre da ação conjunta das três restrições propostas. Por consequência dessas alterações propostas pela ANS, os planos com fator moderador tendem a se tornar mais onerosos, refletindo no aumento de sua mensalidades. Este movimento aproximaria os produtos com mecanismos financeiros de regulação àqueles sem mecanismos de regulação e, como consequência última, excluiria do mercado a oferta de planos de saúde com mensalidades inferiores, prejudicando a existência de um modelo de negócios De acordo com os estudos elaborados pela Consultoria Ernst & Young, a implementação de limites e isenções sobre a coparticipação podem aumentar a tar média para o beneficiário em até 20% em relação ao plano com coparticipação sem limites.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306769	- Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - franquia dedu□vel acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja a□ngido o valor previsto no contrato Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 5 como franquia; e II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, n	Exclusão
306769	- Art. 1º A presente Resolução Norma□va dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 1 fatores moderadores de u□lização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea “a” do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respec□vas alíneas do art. 19, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos e	Alteração
306769	- § 1º Considera-se contraprestação pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, mesmo que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de copar□cipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.	Exclusão
306769	- Art. 2º São espécies de Mecanismos Financeiros de Regulação: I - coparticipação; e II - franquia.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306769	
306769	Art. 1º A presente Resolução Normativa dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços assistência médica hospitalar no setor de saúde suplementar; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea “a” do inciso I e os in e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regula Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 19, da Resolução Normativa nº 465 de 24 de fevereiro d que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assist saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, fixa as di de atenção à saúde e dá outras providências.
306769	
306769	Art. 2º Para fins desta norma entendem-se como Mecanismos Financeiros de Regulação os meios ou recursos técnicos utilizados pelas operadoras de pl privados de assistência para o gerenciamento da prestação de ações e serviços de saúde, bem como incentivar o seu uso consciente no mercado de Sa Suplementar. São eles:

Protocolo	Justificativa
306769	Considerando a manifestação de exclusão do caput do Art.5º da presente minuta, que trata dos limites de exposição financeira, todas as menções relacionadas, para fins de adequação de texto, devem ser excluídas. Assim, solicitamos a exclusão do "parágrafo § 8º Na modalidade de franquia prevista n inciso I do caput deste artigo, somente incidirá o limite de exposição financeira anual."
306769	Discordamos do alcance aos planos de natureza, em virtude das especificidades desse tipo de plano, haja vista que os custos de procedimentos e contraprestações pecuniárias são consideravelmente inferiores, em comparação aos planos privados de assistência médico-hospitalar. Isto é, torna-se imperativa uma abordagem normativa distinta, dadas as peculiaridades que envolvem a sistemática dos planos odontológicas. Portanto, pressupõe-se que a resolução ora em análise não deve ser aplicada a planos que são exclusivamente odontológicos.
306769	Propomos a exclusão do dispositivo, em consequência da exclusão do caput do artigo que versa sobre os limites de exposição financeira (anual e mensal) p fins de adequação do texto, conforme já devidamente fundamentado no Artigo 5º da minuta.
306769	Considerando a importância dos mecanismos financeiros de regulação no setor de saúde suplementar, bem como a ausência de uma definição clara para Mecanismos Financeiros de Regulação na Resolução CONSU nº 08, propomos que a a redação do dispositivo imponha uma definição seja mais assertiva, maneira a evitar assimetrias de informações, principalmente, aos beneficiários, no que se refere ao seu conceito e importância para o setor de planos de saú

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306769	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
306769	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306769	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação..
306769	

Protocolo	Justificativa
306769	Sugerimos a alteração do dispositivo, pois entendemos que a aplicação de mecanismos financeiros de regulação em planos de saúde é estratégia comum r setor, devido às características intrínsecas à atividade de seguros. Dada a racionalização do consumo, o compartilhamento parcial das despesas médicas c os beneficiários, e o consequente aumento da eficiência operacional do setor, planos com mecanismos financeiros de regulação tem como principal característica o fato de terem menores despesas, o que se reflete em benefícios ao consumidor em termos de menores mensalidades (valor comercial méd ou VCM). Assim, os planos com fatores moderadores apresentam VCM significativamente menor, fator que contribui para a atratividade de modalidades com coparticipação no mercado. O conjunto de limitações proposto pela ANS implica na diminuição da racionalização do consumo de serviços médicos, decorrente da redução do número d procedimentos de caráter eletivo em que incide fator moderador, bem como na diminuição do compartilhamento de custos com os beneficiários no período uso mais intensivo do plano. Este efeito decorre da ação conjunta das três restrições propostas. Por consequência dessas alterações propostas pela ANS, os planos com fator moderador tendem a se tornar mais onerosos, refletindo no aumento de sua mensalidades. Este movimento aproximaria os produtos com mecanismos financeiros de regulação àqueles sem mecanismos de regulação e, como consequência última excluiria do mercado a oferta de planos de saúde com mensalidades inferiores, prejudicando a existência de um modelo de negócios. Ademais, no próprio relatório de Análise de Impacto regulatório a ANS não apresenta estudo que justifique os 30% de coparticipação, sendo importante mencionar que na manifestação em tempo de Tomada Publica de Subsídios, os institutos de defesa do consumidor corroboram a aceitação de percentual d coparticipação entre 30% e 50%, garantindo preços mais acessíveis.
306769	Sugerimos a exclusão do II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma Sugerimos a exclusão do dispositivo, em consequência da exclusão do caput do artigo que versa sobre os limites de exposição financeira (anual e mensal para fins de adequação do texto, conforme já devidamente fundamentado no Artigo 5º da minuta. A proposição normativa estabelece limites mensal e anua um valor máximo para a coparticipação. Conforme se depreende do RAIR, o objetivo é impedir “cobranças desproporcionais e não [comprometer] a capacida de pagamento dos beneficiários.” Ocorre que a imposição cumulativa dos referidos limites pode ter um efeito inverso, de modo que a contraprestação pecuniária mensal desses planos será inevitavelmente majorada para que se mantenha a sustentabilidade econômico-financeira do plano. Ademais, reforçamos que a imposição cumulativa dos referidos limites pode ter um efeito inverso, de modo que a contraprestação pecuniária mensal desse planos será inevitavelmente majorada para que se mantenha a sustentabilidade econômico-financeira do plano.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306769	- § 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I do caput deste ar□go será aferido proporcionalmente, mul□plicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Alteração
306769	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
306769	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão
306769	- § 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão copar□cipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306769	Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de interna psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, distintos e escalonados por de procedimentos, por prestadores e por formas de acesso.
306769	Art. 6º Quando aplicados os Mecanismos Financeiros de Regulação, o contrato deve indicar os locais onde os beneficiários poderão consultá-los: (...) V - os valores monetários fixos referentes aos atendimentos realizados em regime de internação, conforme previsão do art. 8º desta Resolução Norma
306769	
306769	§ 3º Os procedimentos, grupos de procedimentos ou eventos em saúde sobre os quais incidirão coparticipação poderão ser elencados no contrato ou disponibilizados na área logada do beneficiário, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em confo com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.

Protocolo	Justificativa
306769	Sugerimos a alteração do dispositivo, uma vez que os valores e percentuais deverão ser definidos pelas operadoras considerando a diferenciação de mecanismos de regulação financeira por prestador e formas de acesso, para assegurar a possibilidade de negociação contratual, fundamental para o seto
306769	Sugerimos a alteração dispositivo, de maneira a excluir o Pronto-socorro da exigência de valores fixos e monetários, com a manutenção da regra atual, qu exige valor fixo por evento apenas para os casos de internação. Estabelecer valores fixos também para o Pronto-socorro poderá estimular o uso inadequad Ademais, é imperioso ressaltar que a cobrança de coparticipação em valor fixo e monetário pode desestimular o uso adequado do pronto-socorro, levando busca por atendimentos ambulatoriais em situações que não demandam atendimento de urgência e emergência.
306769	Sugerimos a exclusão do dispositivo, em consequência da exclusão do caput do artigo que versa sobre os limites de exposição financeira (anual e mensal para fins de adequação do texto, conforme já devidamente fundamentado no Artigo 5º da minuta. É imprescindível considerar, ainda, que a imposição de limites e isenções, sem uma análise aprofundada do impacto financeiro sobre as operadoras, pode resultar em um aumento significativo dos preços dos planos de saúde. Tal medida pode inviabilizar o acesso de parte da população à saúde suplementar, sobrecarregando o sistema público de saúde e incentivando a contratação de planos mais básicos e com menor cobertura.
306769	Sugerimos a alteração do dispositivo, tendo em vista a dificuldade em elencar nos contratos, os procedimentos e eventos de saúde sobre os quais incidirá coparticipação torna tal proposta inadequada, tendo em conta o processo dinâmico de atualização do Rol de Procedimentos, que mensalmente pode inclui novos procedimentos ou tecnologias. Essa situação resultará em uma onerosidade excessiva para as operadoras, sem que haja comprovação de benefícios, configurando em abuso do poder regulatório. Nesse contexto, sugere-se a disponibilização das informações na área logada do beneficiário/contratante. Ademais, não foi observado no relatório de Análise de Impacto Regulatório o mapeamento do impacto operacional e financeiro grave.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306769	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Exclusão
306769	- § 1º A tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverão constar de forma destacada no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em norma□vo específico, no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306769	
306769	§ 1º O local de divulgação da tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste artigo, deverão ser inf no contratos, regulamento ou instrumento congênere.

Protocolo	Justificativa
306769	Sugerimos a exclusão do dispositivo, pois entendemos que a implementação dessa proposta traria uma complexidade operacional significativa e exigiria que operadoras autorizassem os procedimentos realizados. Essa tarefa tornaria a gestão do plano de saúde mais burocrática e dificultaria a sua viabilização. Cabe reforçar que, a criação de regras adicionais poderia causar confusão, sem expectativa de benefícios claros e objetivos. Vale ressaltar, ainda, que este dispositivo específico já é objeto de análise em outro artigo, a proposta seria otimizar a redação da minuta, evitando redundância. É fundamental atentar quanto à impossibilidade de prever um valor fixo para atendimento no pronto-socorro que cumpra todos esses requisitos considerand que um atendimento poderá ser bem simples e outro mais complexo com custo mais elevado, sendo certo que, é notório descumprimento do princípio da razoabilidade. Nesse sentido, ratifica-se que tal proposta estimulará o uso do pronto-socorro para situações eletivas, situações em que o beneficiário deveria buscar o méd que o acompanha, sobrecarregando o sistema com provável aumento de preços nos planos coparticipados. Nesse contexto, pode-se notar que, a ANS penaliza a operadora quando a frequência de procedimentos no pronto-socorro é superior a um determinado percentual. Além disso, existem casos em que há cobrança de coparticipação por pacotes (grupo de procedimentos), uma vez que é uma prática do setor a cobrança neste modelo que é benéfico, pois estimula a realização de procedimentos condizentes com a patologia apresentada pelo segurado, reduzindo fraudes, abus e maiores custos assistenciais aos contratantes. Ademais, o valor único e fixo está sujeito aos limites do art. 8º, o que pode afetar o equilíbrio contratual, a depender dos custos da internação, podendo at mesmo vir a desnaturar a finalidade do mecanismo financeiro de regulação.
306769	Justificativa Bradesco: Sugerimos a alteração do dispositivo, pois entendemos o contrato deve constar do local de divulgação da tabela de referência a que refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste artigo. Isso porque a informação sobre os mecanismos financeiros de regulação, como coparticipações, franquias, local de divulgação da tabela de referência, incluindo seus valores e condições de aplicação, deve ser centralizada no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS e disponibilizada individualmente a cada beneficiário. Essa medida garante maior transparência e facilita o acesso do beneficiário a informações essenciais pa o exercício de seus direitos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306769	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
306769	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306769	III- os limites de exposição financeira;
306769	Esta norma entra em vigor 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após sua publicação.

Protocolo	Justificativa
306769	Sugerimos a exclusão do inciso III- os limites de exposição financeira do Art. 6º. em consequência da exclusão do caput do artigo que versa sobre os limites exposição financeira (anual e mensal) para fins de adequação do texto, conforme já devidamente fundamentado no Artigo 5º da minuta. Entendemos que a aplicação de mecanismos financeiros de regulação em planos de saúde é uma estratégia comum no setor, devido às características intrínsecas à atividade de seguros. Dada a racionalização do consumo, o compartilhamento parcial das despesas médicas com os beneficiários, e o consequente aumento da eficiência operacional do setor, planos com mecanismos financeiros de regulação tem como principal característica o fato de tere menores despesas, o que se reflete em benefícios ao consumidor em termos de menores mensalidades (valor comercial médio, ou VCM). Os planos com fatores moderadores apresentam VCM significativamente menor, fator que contribui para a atratividade de modalidades com coparticipação mercado (LCA Consultoria Econômica. Reformulação da Política de Preços e Sustentabilidade na Saúde Suplementar: Contribuições à Consulta Pública n 145/2024. São Paulo, SP-2025). O conjunto de limitações proposto pela ANS implica na diminuição da racionalização do consumo de serviços médicos, decorrente da redução do número d procedimentos de caráter eletivo em que incide fator moderador, bem como na diminuição do compartilhamento de custos com os beneficiários no período uso mais intensivo do plano. Este efeito decorre da ação conjunta das três restrições propostas. Por consequência destas alterações propostas pela ANS, os planos com fator moderador tendem a se tornar mais onerosos, refletindo no aumento de sua mensalidades. Este movimento aproximaria os produtos com mecanismos financeiros de regulação àqueles sem mecanismos de regulação e, como consequência última, excluiria do mercado a oferta de planos de saúde com mensalidades inferiores, prejudicando a existência de um modelo de negócios (Ibidem, pg. 37).
306769	Sugerimos alterar o início de vigência da norma, dada a complexidade das mudanças introduzidas pela nova norma em função do detalhamento e das especificidades do modelo, e do impacto operacional extremamente elevado para as operadoras, a de garantir uma implementação bem-sucedida, sugerimo extensão do prazo para 365 dias. Esse período adicional permitirá que os regulados invistam em capacitação, ajustes de sistemas e adequação de processos, minimizando riscos operacionai financeiros. Esse prazo contribuirá para melhoria dos serviços prestados e para estabilidade do setor.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora
306769	2025-02-07 21:06:10	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306769	- § 2º A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora de plano privado de assistência à saúde não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
306769	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Alteração
306769	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
306769	- § 6º Os limites dispostos no caput não se aplicam: I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento; II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º, desta Resolução Normativa.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306769	§ 2º A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde devido ao prestador de serviço conforme previsão contratual, at a operadora de plano privado de assistência à saúde não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à credenciada, referenciada ou cooperada.
306769	Art. 6º Quando aplicados os Mecanismos Financeiros de Regulação, o contrato deve indicar os locais onde os beneficiários poderão consultá-los:
306769	Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em realizados em regime de internação.
306769	Art. 6º Quando aplicados os Mecanismos Financeiros de Regulação, o contrato deve indicar os locais onde os beneficiários poderão consultá-los (...) II -a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais distinções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos meca financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, por prestadores de serviços e por formas de acesso, observado o disposto no art. 7 Resolução Normativa;

Protocolo	Justificativa
306769	Propomos a adequação do dispositivo para garantir maior clareza a interpretação para o setor de planos de saúde, uma vez que o pagamento da franquia de ser realizado diretamente ao prestador de serviços, alinhado às práticas comumente conhecidas no setor. É válido reforçar que, atualmente, as operadoras q fazem uso dos mecanismos financeiros da Franquia já permitem que a cobrança seja realizada pelo prestador. Ademais, convém asseverar que a Franquia em outros segmentos, por exemplo, o de automóvel, e internacionalmente, é caracterizado pela cobrança realizada pelo prestador de serviços. Logo, alterar essa lógica, sem qualquer fundamento ou justificativa poderia ocasionar em assimetria de informações, afetando diretamente o próprio beneficiário, uma vez que, uma parcela dos beneficiários que possuem contrato com franquias permaneceria realizando o pagamento direto ao prestador, enquanto outra parcela efetuaria o pagamento à operadora. Importante se faz frisar também que, no relatório de Análise de Impacto Regulatório não houve qualquer análise e/ou estudo sobre a modificação pretendid pela norma, sequer foram apresentados estudos com amparo internacional, que justificasse tal alteração. Por fim, destaca-se que, se a operadora não possui responsabilidade pela cobertura, é incoerente que haja vedação de cobrança pelo prestador, pois fatalmente se operadora realizará a cobrança, como subtende-se com tal vedação, o risco de crédito dessa operação será transferido para ela. Por tais razõ propomos a alteração do dispositivo.
306769	Sugerimos alterar o caput do artigo, uma vez que o contrato deverá indicar o local onde o beneficiário encontrará as informações, assegurando a transparên necessária. Impor que o contrato, material escrito e por vezes impresso, firmado no início da comercialização, traga todas as informações, acarretará grave transtornos operacionais dado o dinamismo das alterações do Rol de Procedimentos. Nesse sentido, qualquer alteração/nova inclusão na lista de procedimentos isentos, ou mesmo a inclusão de um novo procedimento, implicaria no aditamen desses instrumentos, o que causará insegurança jurídica, impacto financeiro e operacional.
306769	Sugerimos a alteração do dispositivo, uma vez que a cobrança por internação pode desestimular o uso adequado do pronto-socorro, levando à busca po atendimentos ambulatoriais em situações que não demandam atendimento de urgência e emergência. Existem pacotes de pronto-socorro, garantindo que os beneficiários tenham acesso a serviços de qualidade, independentemente do prestador escolhido. Outrossim, é importantíssimo encontrar um equilíbrio entre a necessidade de garantir a sustentabilidade do sistema e a garantia do acesso aos serviços d saúde para os beneficiários.
306769	Sugerimos acrescentar na redação “por prestadores e formas de acesso”, de maneira a permitir a diferenciação de mecanismos de regulação financeira po prestador e formas de acesso, para assegurar a liberdade contratual e de negociação da rede assistencial da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306795	2025-02-07 21:10:47	Consultoria
306793	2025-02-07 21:13:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306795	- § 1º A disponibilização do pagamento ocorrerá ao final do processo de contratação em que o contratante assinará, na forma do ar□go 7º desta Resolução, declarando ciência e concordância de um resumo dos termos de seu contrato.	Inclusão
306793	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306795	Sem justificativa, apenas concordância
306793	

Protocolo	Justificativa
306795	Sem justificativa apenas concordância
306793	Propõe-se a exclusão do § 2º, do art. 23, da RN nº 557/2022. Sugere-se a exclusão do parágrafo segundo, pois a proposta apresentada contraria a teoria da onerosidade excessiva (art. 478 a 480 do Código Civil), impondo às operadoras um custo excessivo em caso de inadimplência, especialmente diante de fatos supervenientes. Essa situação gera um desequilíbri contratual e pode levar à inviabilização da prestação dos serviços, prejudicando tanto as operadoras quanto os beneficiários. Ademais, é fundamental ressal que o relatório de Análise de Impacto Regulatório (AIR) não apresenta os estudos técnicos necessários para fundamentar a proposta apresentada. A ausên de dados e análises robustas impede uma avaliação adequada dos impactos da medida. Além disso a RN 593 já prevê as regras de comunicação em caso inadimplência. Os efeitos potenciais de se obrigar as OPS a arcarem com contratações mesmo em casos de fraude e inadimplência não foram dimensionados, sendo cer que uma das consequências possíveis é o encarecimento dos planos, em prejuízo dos beneficiários que a ANS quer tutelar. Por fim, tem-se que quaisquer alterações que a ANS venha a promover, ainda que se pudesse as ter como legítimas, somente poderão incidir sobre contrat novos, sendo preservados os termos livremente pactuados nos contratos já celebrados, sob pena de violação ao ato jurídico perfeito. A minuta de resoluçã normativa, contudo, é silente quanto ao ponto. A Constituição estipula, em seu art. 5º, XXXVI, que “a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”, o que consta também do art. 6º da LINDB. Trata-se de regra de direito intertemporal que tem por objetivo garantir a segurança jurídica, a confiança legítima e a estabilidade das relações sociais e econômicas. Não é permitido ao Estado promover reconfigurações legislativas que prejudiquem o que ficou estipulado no passado. As relações contratuais inserem-se no escopo dessa especial proteção constitucional. Os contratos são celebrados a partir da suposição das partes de que as condições subjacentes à pactuação – dentre as quais, a moldura jurídica – serão conservadas. Isto é: um ato ou negócio jurídico seguiu as exigências legais vigentes à época da sua formação, lei posterior não poderá, em regra, retroagir para afetar aquele a ou ajuste concretizado. É assim que se diz que contratos são atos jurídicos perfeitos, que gozam da proteção do art. 5º, XXXVI da Constituição.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306793	2025-02-07 21:13:28	Operadora
306797	2025-02-07 21:19:48	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306793	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Exclusão
306797	- § 1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um profissional de saúde pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário. (Redação dada pela Resolução Normativa nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306793	
306797	§ 1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profis da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Protocolo	Justificativa
306793	Propõe-se a exclusão do § 1º, do art. 23, da RN 557/2022. Propõe-se a exclusão do parágrafo primeiro, pois a proposta apresentada impõe restrições à liberdade contratual das partes, indo de encontro a princípios basilares do direito civil. A imposição de que a rescisão de contratos de planos de saúde coletivos ocorra exclusivamente na data de aniversário do contrato salvo em casos de ilegitimidade ou inadimplência, restringe indevidamente a autonomia das partes e viola os princípios da liberdade contratual e da força obrigatória dos contratos. Além disso, destaque-se a sistemática de negociação anual dos reajuste, que, em especial nos casos de grandes contratos, pod acabar postergando a aplicação de reajustes, lógica essa amplamente conhecida pela ANS em razão das informações enviadas via RPC. interferir nessa dinâmica sem qualquer amparo técnico apresentado em estudo, fere o principio da liberdade econômica e influencia de forma prejudicial a dinâmica comerc de negociação entre as partes. Ademais, impor um prazo fixo para a rescisão é desarrazoado. Por fim, a possibilidade de rescisão imediata em casos de fraude é fundamental para garantir a segurança jurídica e a equidade nas relações contratuais, evitando que a operadora seja prejudicada por condutas ilíci O legislador apenas impôs condições para a rescisão unilateral de planos individuais (conforme o art. 13 da LPS). Não o fez para planos coletivos, na medi em que a relação contratual se forma entre duas pessoas jurídicas, e não diretamente entre operadora e beneficiário. É essa a orientação legal que respalda edição do art. 17 da RN nº 195/2009, substituído pelo art. 23 da RN nº 557/2022, e que ora se propõe alterar. A atual redação do art. 23 da RN nº 557 está e conformidade com o regime aplicável aos contratos coletivos empresariais previsto na LPS, que privilegia a autonomia privada (art. 421 e 421-A, CC) com respaldo na Constituição (art. 1º, IV e art. 170, caput). A proposta de alteração dessa norma distorce a clareza e a ratio da LPS para inserir condições não previstas no texto legal e que, na prática, desnaturariam a lógica dos planos coletivos. Indo além, ao impedir que as OPS promovam a rescisão imediata em casos de fraude, a minuta de resolução normativa contraria tanto a sistemática da Lei nº 9.656/1998, que não impõe tamanha restrição nem mesmo aos contratos de planos individuais ou familiares, submetidos a regulação mais rigorosa por sua natureza; quanto o princípio de que ninguém pode se beneficiar própria torpeza, corolário da boa-fé objetiva, na forma estabelecida no art. 422 do Código Civil.
306797	Propõe-se a manutenção da redação vigente que confere exclusivamente ao médico a prerrogativa de conduzir a entrevista qualificada para preenchimento declaração de saúde. O propósito da entrevista qualificada é proporcionar o correto preenchimento de doenças e lesões preexistentes na declaração de saúde, evitando informaçõ falsas que podem gerar consequências gravíssimas para o beneficiário, como a suspensão ou a rescisão do contrato. Daí a previsão de que essa orientação seja feita por um médico – isto é, alguém com expertise suficientemente adequada para compreender todos os aspectos envoltos ao tema. Nesse contexto, a pretensão de ampliar o rol da norma para abarcar todos os profissionais de saúde carece de motivação adequada pela ANS, que não esclareceu de que forma a alteração normativa facilitaria ou incrementaria a acurácia das declarações de saúde. Para além, a proposta viola, em primeiro lugar, a Lei Federal nº 12.842/2013, que estabelece que a atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas é atividade privativa do médico (art. 4º, XIII). Em segundo lugar, além de ilegal, a ampliação proposta é irrazoável, porque incompatível c os pressupostos e com o objetivo da entrevista qualificada. Importante registrar que, a proposição normativa não está embasada em qualquer análise e/ou estudo aprofundado no relatório de AIR, ou seja, os impacto de tais propostas não foram devidamente avaliados e mensurados pela ANS. Logo, a ampliação da lista de profissionais traz riscos significativos (e não considerados pela ANS na AIR) de aumento na incidência de erros e fraudes no preenchimento das declarações de saúde, o que incrementaria os custos d operadoras e, por fim, o custo do próprio seguro. Basta ver que a lista de profissionais de saúde é ampla e abarca profissões variadas e cuja expertise nã tem qualquer relação com o preenchimento de declarações de saúde. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, por intermédio da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, são considerados profissionais de saúde: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306797	2025-02-07 21:19:48	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306797	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306797	É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.

Protocolo	Justificativa
306797	A proposta de alteração da RN nº 413 contém alguns vícios de motivação e de ausência de comprovação da proporcionalidade das medidas vislumbradas à da liberdade de iniciativa, razão pela qual propomos a exclusão do artigo, no sentido de manter a redação atual da RN 413, com a manutenção da faculdad de as operadoras oferecerem a contratação de forma eletrônica. Nesse sentido, é importante mencionar que, compulsando os relatórios de AIR e ARR identificamos algumas possíveis falhas relevantes, em especial, quan a ANS admite que não conta com informações sobre a evolução da contratação eletrônica desde a edição da RN 413. Ao passo que, a proposta apresenta pelo Relatório de Análise de Impacto Regulatório é evidentemente deficiente em relação à mensuração de impactos. Nesse cenário, entende-se que, há erros graves de premissa, notadamente a partir da mera percepção de que os canais de venda online diminuirão os cust do setor, sem qualquer dimensão empírica que a comprove. Logo, a imposição de obrigatoriedade de oferta de planos privados de assistência à saúde aumentará custos e riscos que não podem ser negligenciados n processo regulatório. Afinal, as operadoras que não adotam esse sistema necessitarão contratar infraestrutura, recursos humanos e consultorias de cibernét e proteção de dados para garantir não só o atendimento, mas também a segurança das informações que serão transmitidas pelos novos canais. Além disso, há o incremento potencial de fraudes que recorrentemente acontecem no ambiente eletrônico. Daí porque a facultatividade é a melhor opção regulatória: permite que cada OPS avalie, dentro da sua estrutura de custos e riscos, quais os canais mais adequados para o seu modelo de negócios. A ausência de dimensionamento dos riscos e dos custos regulatórios que serão introduzidos pela proposta é ainda agravada quando se avalia que a ANS n considerou os possíveis impactos globais da adoção de todas as alterações regulatórias propostas na CP nº 145 sobre as OPS. Portanto, essas alterações, em conjunto, abrangem mudanças significativas em aspectos operacionais das operadoras de planos de saúde e nas metodolog de reajuste de preços dos produtos, além da exigência de implementação de novas práticas comerciais. Esses custos, cumulativos, podem gerar dificuldad econômicas significativas ou, até mesmo, inviabilizar economicamente a operação de algumas OPS, mas essa dimensão passou ao largo das análises realizadas no processo normativo. A proposta de tornar a venda on-line obrigatória contraria a Lei nº 13.874/2019, que garante a liberdade econômica e restringe a intervenção estatal. A contratação de planos de saúde exige uma análise detalhada relacionada a rede, prestadores, abrangência, cobertura e condições específicas de cada produto. A comparação entre diversos produtos de operadoras é fundamental para que o beneficiário/contratante possa tomar uma decisão consciente e acertada. A venda online sem auxílio técnico pode comprometer essa análise e prejudicar o próprio beneficiário, agravando a assimetria de informação e maximização de potenciais litígios judiciais. Entende-se, portanto, que a venda on line não deve ser incentivada para serviços de saúde. Contratações eletrônicas podem ocorrer por impulso, podend gerar utilização do serviço e posterior arrependimento com cancelamento da compra. Nas hipóteses em que o segurado fizer jus ao direito de arrependimento previsto no Código de Defesa do Consumidor, havendo utilização da rede assistenc nos 7 primeiros dias de vigência do plano, os valores devidos relacionados a atendimentos realizados serão de difícil recuperação, pois os eventos são notificados às operadoras meses após a utilização. Outro ponto, é que na prática do direito de arrependimento em serviços de saúde pode levar a comportamentos inadequados e oportunistas, encarecendo

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306797	2025-02-07 21:19:48	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306797	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306797	

Protocolo	Justificativa
306797	Solicitamos a exclusão do Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR) A proposta de alteração da RN nº 413 contém alguns vícios de motivação e de ausência de comprovação da proporcionalidade das medidas vislumbradas à da liberdade de iniciativa, razão pela qual propomos a exclusão do artigo. Nesse sentido, é importante mencionar que, compulsando os relatórios de AIR e ARR identificamos algumas possíveis falhas relevantes, em especial, quan a ANS admite que não conta com informações sobre a evolução da contratação eletrônica desde a edição da RN 413. Ao passo que, a proposta apresenta pelo Relatório de Análise de Impacto Regulatório é evidentemente deficiente em relação à mensuração de impactos. Nesse cenário, entende-se que, há erros graves de premissa, notadamente a partir da mera percepção de que os canais de venda online diminuirão os cust do setor, sem qualquer dimensão empírica que a comprove. Logo, a imposição de obrigatoriedade de oferta de planos privados de assistência à saúde aumentará custos e riscos que não podem ser negligenciados n processo regulatório. Afinal, as operadoras que não adotam esse sistema necessitarão contratar infraestrutura, recursos humanos e consultorias de cibernét e proteção de dados para garantir não só o atendimento, mas também a segurança das informações que serão transmitidas pelos novos canais. Além disso, há o incremento potencial de fraudes que recorrentemente acontecem no ambiente eletrônico. Daí porque a facultatividade é a melhor opção regulatória: permite que cada OPS avalie, dentro da sua estrutura de custos e riscos, quais os canais mais adequados para o seu modelo de negócios. A ausência de dimensionamento dos riscos e dos custos regulatórios que serão introduzidos pela proposta é ainda agravada quando se avalia que a ANS n considerou os possíveis impactos globais da adoção de todas as alterações regulatórias propostas na CP nº 145 sobre as OPS. Portanto, essas alterações, em conjunto, abrangem mudanças significativas em aspectos operacionais das operadoras de planos de saúde e nas metodolog de reajuste de preços dos produtos, além da exigência de implementação de novas práticas comerciais. Esses custos, cumulativos, podem gerar dificuldad econômicas significativas ou, até mesmo, inviabilizar economicamente a operação de algumas OPS, mas essa dimensão passou ao largo das análises realizadas no processo normativo. A proposta de tornar a venda on-line obrigatória contraria a Lei nº 13.874/2019, que garante a liberdade econômica e restringe a intervenção estatal. A contratação de planos de saúde exige uma análise detalhada relacionada a rede, prestadores, abrangência, cobertura e condições específicas de cada produto. A comparação entre diversos produtos de operadoras é fundamental para que o beneficiário/contratante possa tomar uma decisão consciente e acertada. A venda online sem auxílio técnico pode comprometer essa análise e prejudicar o próprio beneficiário, agravando a assimetria de informação e maximização de potenciais litígios judiciais. Entende-se, portanto, que a venda on line não deve ser obrigatória para serviços de saúde. Contratações eletrônicas podem ocorrer por impulso, podendo gerar utilização do serviço e posterior arrependimento com cancelamento da compra. No caso de arrependimento com utilização nos 7 primeiros dias, os valores devidos relacionados a atendimentos realizados serão de difícil recuperação, pois os eventos são notificados às operadoras meses após a utilizaçã Além disso, a prática do direito de arrependimento em serviços de saúde pode levar a comportamentos inadequados e oportunistas, encarecendo os planos

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306797	2025-02-07 21:19:48	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306797	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306797	É facultativo o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.

Protocolo	Justificativa
306797	A proposta de alteração da RN nº 413 contém alguns vícios de motivação e de ausência de comprovação da proporcionalidade das medidas vislumbradas à da liberdade de iniciativa, razão pela qual propomos a exclusão do artigo. Nesse sentido, é importante mencionar que, compulsando os relatórios de AIR e ARR identificamos algumas possíveis falhas relevantes, em especial, quan a ANS admite que não conta com informações sobre a evolução da contratação eletrônica desde a edição da RN 413. Ao passo que, a proposta apresenta pelo Relatório de Análise de Impacto Regulatório é evidentemente deficiente em relação à mensuração de impactos. Nesse cenário, entende-se que, há erros graves de premissa, notadamente a partir da mera percepção de que os canais de venda online diminuirão os cust do setor, sem qualquer dimensão empírica que a comprove. Logo, a imposição de obrigatoriedade de oferta de planos privados de assistência à saúde aumentará custos e riscos que não podem ser negligenciados n processo regulatório. Afinal, as operadoras que não adotam esse sistema necessitarão contratar infraestrutura, recursos humanos e consultorias de cibernét e proteção de dados para garantir não só o atendimento, mas também a segurança das informações que serão transmitidas pelos novos canais. Além disso, há o incremento potencial de fraudes que recorrentemente acontecem no ambiente eletrônico. Daí porque a facultatividade é a melhor opção regulatória: permite que cada OPS avalie, dentro da sua estrutura de custos e riscos, quais os canais mais adequados para o seu modelo de negócios. A ausência de dimensionamento dos riscos e dos custos regulatórios que serão introduzidos pela proposta é ainda agravada quando se avalia que a ANS n considerou os possíveis impactos globais da adoção de todas as alterações regulatórias propostas na CP nº 145 sobre as OPS. Portanto, essas alterações, em conjunto, abrangem mudanças significativas em aspectos operacionais das operadoras de planos de saúde e nas metodolog de reajuste de preços dos produtos, além da exigência de implementação de novas práticas comerciais. Esses custos, cumulativos, podem gerar dificuldad econômicas significativas ou, até mesmo, inviabilizar economicamente a operação de algumas OPS, mas essa dimensão passou ao largo das análises realizadas no processo normativo. A proposta de tornar a venda on-line obrigatória contraria a Lei nº 13.874/2019, que garante a liberdade econômica e restringe a intervenção estatal. A contratação de planos de saúde exige uma análise detalhada relacionada a rede, prestadores, abrangência, cobertura e condições específicas de cada produto. A comparação entre diversos produtos de operadoras é fundamental para que o beneficiário/contratante possa tomar uma decisão consciente e acertada. A venda online sem auxílio técnico pode comprometer essa análise e prejudicar o próprio beneficiário, agravando a assimetria de informação e maximização de potenciais litígios judiciais. Entende-se, portanto, que a venda on line não deve ser obrigatória para serviços de saúde. Contratações eletrônicas podem ocorrer por impulso, podendo gerar utilização do serviço e posterior arrependimento com cancelamento da compra. No caso de arrependimento com utilização nos 7 primeiros dias, os valores devidos relacionados a atendimentos realizados serão de difícil recuperação, pois os eventos são notificados às operadoras meses após a utilizaçã Além disso, a prática do direito de arrependimento em serviços de saúde pode levar a comportamentos inadequados e oportunistas, encarecendo os planos afetados por outros custos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306797	2025-02-07 21:19:48	Operadora
306797	2025-02-07 21:19:48	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306797	- § 2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por profissional de saúde não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista. (Redação dada pela Resolução Normativa nº XX, de 20XX)	Alteração
306797	- Art. 17-A O descumprimento do disposto nesta Resolução implicará nas sanções previstas em norma□vos da ANS. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306797	§ 2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desc assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
306797	

Protocolo	Justificativa
306797	Justificativa Bradesco: Propõe-se a manutenção da redação vigente que confere exclusivamente ao médico a prerrogativa de conduzir a entrevista qualifica para preenchimento da declaração de saúde. O propósito da entrevista qualificada é proporcionar o correto preenchimento de doenças e lesões preexistentes na declaração de saúde, evitando informaçõ falsas que podem gerar consequências gravíssimas para o beneficiário, como a suspensão ou a rescisão do contrato. Daí a previsão de que essa orientação seja feita por um médico – isto é, alguém com expertise suficientemente adequada para compreender todos os aspectos envoltos ao tema. Nesse contexto, a pretensão de ampliar o rol da norma para abarcar todos os profissionais de saúde carece de motivação adequada pela ANS, que não esclareceu de que forma a alteração normativa facilitaria ou incrementaria a acurácia das declarações de saúde. Para além, a proposta viola, em primeiro lugar, a Lei Federal nº 12.842/2013, que estabelece que a atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas é atividade privativa do médico (art. 4º, XIII). Em segundo lugar, além de ilegal, a ampliação proposta é irrazoável, porque incompatível c os pressupostos e com o objetivo da entrevista qualificada. Importante registrar que, a proposta normativa não está embasada em qualquer análise e/ou estudo aprofundado no relatório de AIR, ou seja, os impactos tais propostas não foram devidamente avaliados e mensurados pela ANS. Logo, a ampliação da lista de profissionais traz riscos significativos (e não considerados pela ANS na AIR) de aumento na incidência de erros e fraudes no preenchimento das declarações de saúde, o que incrementaria os custos d operadoras e, por fim, o custo do próprio seguro. Basta ver que a lista de profissionais de saúde é ampla e abarca profissões variadas e cuja expertise nã tem qualquer relação com o preenchimento de declarações de saúde. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, por intermédio da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, são considerados profissionais de saúde: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas.
306797	Alinhado a proposta de manter as regras atuais, no que se refere à faculdade de oferecer contratação online, sugere-se a exclusão do dispositivo, tendo e vista que a facultatividade exime a aplicação de sanções. De todo modo, considera-se indispensável o conhecimento prévio das sanções aplicáveis na norm criadora da obrigação, para que o setor regulado possa avaliar os possíveis impactos, a razoabilidade e a proporcionalidade.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306797	2025-02-07 21:19:48	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306797	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306797	

Protocolo	Justificativa
306797	Solicitamos exclusão do Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, plan coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual." A proposta de alteração da RN nº 413 contém alguns vícios de motivação e de ausência de comprovação da proporcionalidade das medidas vislumbradas à da liberdade de iniciativa, razão pela qual propomos a exclusão do artigo. Nesse sentido, é importante mencionar que, compulsando os relatórios de AIR e ARR identificamos algumas possíveis falhas relevantes, em especial, quan a ANS admite que não conta com informações sobre a evolução da contratação eletrônica desde a edição da RN 413. Ao passo que, a proposta apresenta pelo Relatório de Análise de Impacto Regulatório é evidentemente deficiente em relação à mensuração de impactos. Nesse cenário, entende-se que, há erros graves de premissa, notadamente a partir da mera percepção de que os canais de venda online diminuirão os cust do setor, sem qualquer dimensão empírica que a comprove. Logo, a imposição de obrigatoriedade de oferta de planos privados de assistência à saúde aumentará custos e riscos que não podem ser negligenciados n processo regulatório. Afinal, as operadoras que não adotam esse sistema necessitarão contratar infraestrutura, recursos humanos e consultorias de cibernét e proteção de dados para garantir não só o atendimento, mas também a segurança das informações que serão transmitidas pelos novos canais. Além disso, há o incremento potencial de fraudes que recorrentemente acontecem no ambiente eletrônico. Daí porque a facultatividade é a melhor opção regulatória: permite que cada OPS avalie, dentro da sua estrutura de custos e riscos, quais os canais mais adequados para o seu modelo de negócios. A ausência de dimensionamento dos riscos e dos custos regulatórios que serão introduzidos pela proposta é ainda agravada quando se avalia que a ANS n considerou os possíveis impactos globais da adoção de todas as alterações regulatórias propostas na CP nº 145 sobre as OPS. Portanto, essas alterações, em conjunto, abrangem mudanças significativas em aspectos operacionais das operadoras de planos de saúde e nas metodolog de reajuste de preços dos produtos, além da exigência de implementação de novas práticas comerciais. Esses custos, cumulativos, podem gerar dificuldad econômicas significativas ou, até mesmo, inviabilizar economicamente a operação de algumas OPS, mas essa dimensão passou ao largo das análises realizadas no processo normativo. A proposta de tornar a venda on-line obrigatória contraria a Lei nº 13.874/2019, que garante a liberdade econômica e restringe a intervenção estatal. A contratação de planos de saúde exige uma análise detalhada relacionada a rede, prestadores, abrangência, cobertura e condições específicas de cada produto. A comparação entre diversos produtos de operadoras é fundamental para que o beneficiário/contratante possa tomar uma decisão consciente e acertada. A venda online sem auxílio técnico pode comprometer essa análise e prejudicar o próprio beneficiário, agravando a assimetria de informação e maximização de potenciais litígios judiciais. Entende-se, portanto, que a venda on line não deve ser obrigatória para serviços de saúde. Contratações eletrônicas podem ocorrer por impulso, podendo gerar utilização do serviço e posterior arrependimento com cancelamento da compra. No caso de arrependimento com utilização nos 7 primeiros dias, os valores devidos relacionados a atendimentos realizados serão de difícil recuperação, pois os eventos são notificados às operadoras meses após a utilizaçã

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306805	2025-02-07 21:41:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306805	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306805	

Protocolo	Justificativa
306805	Propõe-se a exclusão do inciso III, do art. 3º. A exigência de que a operadora apresente “evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar” é desproporcional e ilícita. Ademais a proposta não traz elementos objetivos que permitam avaliar o significado de “evidência de comercializaçã ativa e continuada” de planos familiares e individuais para fins de elegibilidade para a revisão técnica. A comercialização, aliás, não é elemento que depenc apenas da operadora; é fator que varia, também, conforme preferências do mercado. Trata-se de atividade econômica privada (art. 199 da CRFB) e, por isso, as operadoras gozam de liberdades econômicas de assento constitucional (arts. 1º, e 170, caput, da CRFB). É pressuposto para a preservação das garantias constitucionais decorrentes dessas liberdades a existência de uma margem de conformação para que os agentes econômicos escolham quais atividades pretendem realizar e de que forma almejam geri-las. A interferência da Agência nessas decisões gerenciais demanda justificativa idônea que demonstre a proporcionalidade da medida e a sua conexão com o objetivos regulatórios visados. No caso, entretanto, inexistem, no RAIR, estudos e levantamentos voltados a comprovar a existência de uma relação de causalidade entre a situação de desequilíbrio da operadora e decisões negociais de redução da comercialização de planos individuais. Pelo contrário. A decisão gerencial de priorizar de planos de saúde mais sustentáveis do ponto de vista econômico-financeiro pode decorrer justamente da constatação de qu continuidade da comercialização de certos planos agravaria desequilíbrios causados pela insuficiência dos reajustes aprovados e/ou pela falta de interesse c usuários contratação desses planos, comparativamente a outros. A operadora pode e deve zelar pela sua própria higidez financeira. Isso, inclusive, para evi que desequilíbrios se alastrem, se tornem generalizados e, assim, afetem um universo muito maior de beneficiários, em prejuízo da qualidade e continuidad dos serviços. Importante ressalvar que a ANS possui regramento (RN 518/2022) sobre a adoção de práticas mínimas de governança corporativa para fins c solvência das operadoras de plano de assistência à saúde", prevendo em seu art. 9º que "A gestão de riscos nas operadoras deve ter por objetivo: (...) III promover a garantia do cumprimento da missão da operadora, sua continuidade e sustentabilidade alinhadas aos seus objetivos.")", de modo que deve se concedido à operadora o direito de gerir sua própria carteira, zelando pelos preceitos do referido artigo. Alçar a comercialização continuada desses planos condição para elegibilidade da OPS à revisão técnica é penalizar a OPS (e todos os seus beneficiários) por uma escolha gerencial legítima e lícita da operadora. Importante frisar que a retomada da comercialização de planos individuais ou familiares não resolve o problema de equilíbrio, pois o produto em se mostra insustentável no longo prazo. O que pode acontecer é um subsídio dos novos entrantes para mitigar o desequilíbrio, porém resultando em uma postergação do problema, e não na sua solução. Utilizar estratégias de subsídios se torna uma prática injusta com o beneficiário, pois realiza o reajuste de preço não considerando o perfil da carteira, mas s com o intuito de compensar o déficit da outra, resultando em efeitos indesejados de seleção adversa e redução de oferta para o mercado. Diferente do mutualismo, práticas de subsídio são amplamente conhecidas como contraproducentes no negócio de seguros, com efeitos de atração de beneficiários de maior custo face à uma tarifa média calibrada para uma carteira de menor risco. Ou seja, a população mais jovem que se espera que entre na carteira pod não estar disposta a arcar com o déficit atual (os beneficiários que possuem menor utilização, logo menor risco e consequentemente menor preço, não irã aderir ao plano pra subsidiar os demais beneficiários), resultando em uma baixa adesão de novos beneficiários. Mesmo que esses novos beneficiários aceitassem subsidiar a insuficiência dos atuais, eles mesmo se tornariam um desequilíbrio a ser tratado no futuro. Ou seja, não resolveria o problema, apen

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306805	2025-02-07 21:41:28	Operadora
306805	2025-02-07 21:41:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306805	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Alteração
306805	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306805	Propõe-se a alteração do inciso I, do art. 4º. Art. 4º, inciso I - Informar que os beneficiários têm direito à portabilidade de planos individuais ou familiares e ofertá-la quando possuir planos ativos e comercialização;
306805	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá apresentar resposta conclusiva ao pedido de Revisão Técnica feito pela operadora em até 4 sob pena do pleito ser considerado tacitamente aprovado.

Protocolo	Justificativa
306805	O relatório da AIR ignora os impactos que a venda e a portabilidade de plano na modalidade online trariam à operadoras, já em situação de grave desequilíbrio, sem apresentar a real efetividade para a revisão técnica. Tampouco há qualquer justificativa que demonstre a correlação entre a oferta online produtos e a maior efetividade da revisão técnica. Pelo contrário. A implementação de vendas na modalidade on-line demanda custos administrativos e adaptações operacionais, além de incrementar riscos referentes à maior possibilidade de fraudes ou cancelamentos, de um lado, e à gestão de dados sensíveis dos beneficiários pela empresa, de outro. O uso das contrapartidas como meio de buscar fins regulatórios diversos daqueles visados pela revisão técnica implica desvio de finalidade do instituto. A exigência da oferta de planos individuais na modalidade online como contrapartida para a concessão de revisão técnica não parece ser razoável, pois vio os princípios constitucionais da livre iniciativa e da Lei nº 13.874/2019. Além disso, é economicamente insustentável que uma carteira subsidie outra, distorcendo o equilíbrio financeiro do setor. Cada carteira deve garantir sua própria sustentabilidade e cumprir as normas da ANS. Importante salientar que r há previsão legal que determine que as Operadoras comercializem planos individuais, cabendo realçar o disposto no artigo 5º, inciso II da Constituição Fede de 1988. Esse entendimento é reconhecido inclusive na jurisprudência, cabendo citar avaliação do ministro do STJ, de não poder ser considerada ilegal a atitude das operadoras que se negam a comercializar plano individual porque só atuam no segmento de planos coletivos, como se observa no RECURSO ESPECIAL Nº 1.924.526 - PE (2020/0212586-9). Não é ilegal a recusa de operadoras de planos de saúde de comercializarem planos individuais por atuare apenas no segmento de planos coletivos. Não há norma legal obrigando-as a atuar em determinado ramo de plano de saúde.
306805	Ao submeter à Consulta Pública minuta de resolução que não regulamenta de forma objetiva nenhum dos elementos básicos da revisão técnica evidencia-s vício grave no devido processo de elaboração normativa da resolução. Não é possível prever, a partir dos elementos disponíveis no RAIR e na minuta de norma, de que forma a revisão técnica poderá ser implementada pela Agência. Trata-se de conduta contraditória com o próprio objetivo buscado pela ediçã de resolução a respeito das revisões técnicas, que é o de estabelecer critérios objetivos e isonômicos para a aplicação do instituto. A ausência de definiçã mínima inviabiliza a participação da sociedade para a criação da norma, ao mesmo tempo em que abre espaço para que a ANS edite instruções normativa sem prévia análise de impactos regulatórios e diálogo com o setor regulado. A indefinição de metodologia fez com que os valores de reajuste solicitados na revisões técnicas da Bradesco Saúde tenham sido embasados em índices que reconduzem a sinistralidade ao patamar previsto em Nota Técnica do produ O Decreto nº 10.139/2019 foi revogado pelo Decreto nº 12.002/2024, que entrou em vigor em 01/06/2024. Ele dispõe que não cabe mais Instrução Normati para atos de órgãos colegiados, pois passou a ser utilizada apenas para atos editados por uma ou mais autoridades singulares, razão pela qual a ANS menciona na minuta, que a IN virá por meio da DIPRO (autoridade singular), ou seja, não passará pela Diretoria Colegiada. Desta forma, entende-se ser d suma importância que seja dada publicidade aos dispositivos que a Agência menciona virem por meio de instrução normativa, em observância, inclusive a princípio da transparência. Essa prática contribuiria para a elaboração do documento que estabelecerá os procedimentos e padrões relacionados a metodologia de cálculo e como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos acompanhamento do desempenho da carteira, tal abordagem estaria respeitando o princípio da transparência. A metodologia de cálculo é matéria que integra o núcleo principal e estruturante do tema Revisão Técnica, de modo que deveria integrar a própria RN, ainc que por meio de Anexo. Sem previsão da metodologia em Resolução Normativa, não há conhecimento sobre os principais aspectos da Revisão Técnica proposta pela ANS. Desse modo, não é matéria que deva ser regulamentada por meio de Instrução Normativa (IN), pois essa espécie de ato normativo se destina a orientar a execução das normas vigentes pelos agentes públicos, sem inovar (art. 42, VII, da RR nº 21/22). Sem conhecimento sobre a metodolog de cálculo que estruturará a Revisão Técnica proposta, os agentes econômicos têm o seu direito de avaliar, questionar e contribuir por meio dos instrument de participação social cerceados. Traçando um paralelo, os elementos estruturantes da metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais são regulamentados por meio de Resolução Normativa (RN ANS 441/18).

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306805	2025-02-07 21:41:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306805	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306805	Propõe-se a alteração do inciso I, do art. 3º. Art. 3º, inciso I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros da carteira de planos individuais ou familiares ou em agrupamento de p individuais da operadora;

Protocolo	Justificativa
306805	Ao considerar as hipóteses de insustentabilidade da própria operadora (e não da sua carteira) para a concessão da revisão técnica, a Agência maximiza o riscos e eventuais prejuízos dos beneficiários dos planos, o que pode levar o mercado à insolvência. Ao invés de utilizar a revisão técnica para evitar o aume do desequilíbrio e reduzir o número de carteiras e beneficiários afetados pelo problema, a ANS adotou lógica inversa. Outrossim, não se sabe como a ANS pretende avaliar o desequilíbrio em questão, nem quais os parâmetros para se dizer que haveria ameaça à solvência da empresa. Nada há, nem no RAIR, n na minuta da norma, a respeito da forma pela qual a ANS avaliaria o cumprimento desses requisitos. São conceitos amplos que, sem maiores detalhamento não oferecem segurança jurídica ou parâmetros para a aplicação isonômica do instituto. Ademais a ANS já possui a prerrogativa da Direção Fiscal, que é instrumento regulatório previsto em Lei (art. 24, Lei 9.656/98; art. 4º, XXXIII, Lei nº 9.961/00) e regulamentado pela própria Agência (RN 522/22), que tem como finalidade socorrer operadoras que apresentem desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem a sua solvência, de modo que não se justifica a imposição desse critério de elegibilidade para acesso ao instrumento da Revisão Técnica, que deveria anteceder o uso de instrumento regulatório mais seve prevenindo a incursão neste último. A concessão da revisão técnica não deve estar condicionada à comprovação de um desequilíbrio em toda a operação da operadora, mas sim à demonstraç de desequilíbrio de determinada carteira ou grupo de planos. Ajustes necessários sobre o desequilíbrio financeiro dos Planos Individuais condicionado à solvência da operadora estar ameaçada pode ser uma medida muito tardia para que a operadora se recupere tanto reputacional como financeiramente. De se considerar que, uma operadora em dificuldades financeiras pode reduzir a qualidade dos serviços e atendimento prestados aos beneficiários. A solicitaç de revisão técnica nos termos propostos pela ANS na minuta, será uma confissão pública de problemas financeiros gravíssimos por parte da operadora, qu não possui capacidade de cumprir suas obrigações financeiras e lhe imputa danos e consequências irreparáveis. Adicionalmente, quando uma operadora se aproxima da insolvência, é comum que a receita reduza em função dos riscos de imagem, e consequente reduç da capacidade de atrair novos contatos. A imagem negativa é uma consequência direta dessa situação financeira, onde notícias na mídia sobre prejuízos, dificuldades financeiras e possíveis insolvências afetarão negativamente a percepção pública sobre a operadora, com o consequente cancelamento de contratos e agravamento de sua situação, aí sim culminando em sua insolvência. Por fim, a falta de reajustes adequados para os planos individuais força subsídios nos planos coletivos. No entanto, com as novas restrições também aplicadas aos coletivos pela CP nº 145, essa estratégia pode acelerar a insolvência da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306805	2025-02-07 21:41:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306805	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306805	Propõe-se a alteração do caput do art. 3º. Art. 3º Para que sejam elegíveis ao instituto da Revisão Técnica as operadoras devem apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos ind ou familiares há pelo menos 2 (dois) anos.

Protocolo	Justificativa
306805	A revisão técnica é verdadeiro poder-dever da ANS, que decorre diretamente da sua missão institucional de tutela do setor. Configurada situação de impac financeiro excessivo suportado pela operadora, como resultado da insuficiência dos reajustes aprovados pela Agência, o restabelecimento do equilíbrio contratual se apresentará como medida não apenas possível, mas impositiva. Por isso, os critérios de elegibilidade estipulados pela ANS se mostram incompatíveis com o instituto da revisão técnica, ao estipularem que as operadoras, antes de serem elegíveis para a revisão técnica dos seus planos, deva suportar prejuízos financeiros tão graves a ponto de isso poder ameaçar a própria manutenção da empresa (e não apenas da respectiva carteira). Ao impor o estrangulamento financeiro da empresa por meio desses critérios, aguardando a instauração de uma crise generalizada da solvência da própri empresa, a ANS assume o risco de que situações de desequilíbrio se agravem e se alastrem; a ponto de que sequer a revisão técnica seja capaz de restabelecer a saúde econômica da operadora. O risco é de verdadeiro paradoxo regulatório: sob o pretexto de maximizar os interesses dos beneficiários, h possibilidade de que a restrição excessiva do alcance da revisão técnica leve à desproteção daqueles, dado o risco de ruína financeira das operadoras. Diante dos argumentos apresentados na TPS 04, entende-se que devem ser elegíveis à revisão técnica as operadoras que comprovarem desequilíbrio econômico-financeiro em seus planos individuais por, no mínimo, 2 anos. Desta forma, não podemos esquecer que a revisão técnica é um instrumento fundamental para viabilizar o equilíbrio econômico-financeiro de contratos de longa duração no setor de saúde suplementar, preservando a solvência das operadoras e garantindo a proteção dos beneficiários. Além disso, a revisão técnica deve estar em consonância com as melhores práticas de gestão e as normas aplicáveis às relações entre a administração pública e os particulares. Isto posto, é fundamental ressaltar que a existência de um desequilíbrio econômico-financeiro em determinada carteira de planos de saúde não é suficient para caracterizar um desequilíbrio generalizado da operadora, nem para inferir sua capacidade de cumprir suas obrigações financeiras. Portanto, a concess da revisão técnica não deve estar condicionada à comprovação de um desequilíbrio em toda a operação da operadora, mas sim à demonstração de que o desequilíbrio identificado em determinada carteira ou grupo de planos compromete a sua sustentabilidade. Também devem ser considerados os dados da situação atual dos planos individuais. Os reajustes autorizados pela ANS para os planos individuais são frequentemente insuficientes para compensar a inflação médica, sendo que entre 2019 e 2024, a defasagem de reajuste acumulou -31,97 pp (pontos percentuais) entre o reajuste solicitado pela BRADESCO SAÚDE (VCMH) e os reajustes máximos permitidos pela ANS, para os produtos anteriores à lei. D acordo com dados divulgados pela própria agência, 84% das entidades que operam planos individuais, representando 87% do mercado, apuraram um Índic Combinado em 2023 maior do que aquele observado em 2019. Isso indica que o aumento da sinistralidade e desequilíbrio financeiro não é algo pontual, mas uma direção na qual o mercado está caminhando há mais de anos. Em consonância, 50% das operadoras apuraram Índice Combinado acima de 100% em 2023, indicando que o desequilíbrio dos planos individuais já é alg sistêmico, que afeta a situação financeira das operadoras e as margens requeridas nos planos coletivos; algo que precisa ser corrigido antes que se torne u problema para a situação financeira desses demais planos e da operadora em si. Outrossim, cabe destacar que a aplicação de 50% de ajuste ao fator da VCMH das operadoras de grande porte (Termo de Compromisso - pág. 29 Nota nº 724/2013/GGEFP/DIPRO) apenas amplifica as defasagens observadas Diante disso, para equilibrar as contas, o mercado muitas vezes precisa recorrer a outras fontes de receita (como as contraprestações da carteira de plano

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306805	2025-02-07 21:41:28	Operadora
306805	2025-02-07 21:41:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306805	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração
306805	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306805	Art 5º. O índice a ser aplicado deverá estar limitado à recondução da sinistralidade ao índice previsto em Nota Técnica ou em Estudo Técnico elaborado por e com base em aspectos prospectivos, devendo ser considerada a carteira de contratos individuais ou familiares ou o agrupamento desses contratos e desequilíbrio, devendo os dados ser auditados por auditoria independente registrada na CVM.
306805	Propõe-se a alteração do inciso II, do art. 3º Art. 3º, inciso II - a carteira de planos individuais ou familiares ou o agrupamento deve apresentar desequilíbrios consistentes há pelo menos 2 (dois) ar

Protocolo	Justificativa
306805	Ao submeter à Consulta Pública minuta de resolução que não regulamenta de forma objetiva nenhum dos elementos básicos da revisão técnica evidencia-s vício grave no devido processo de elaboração normativa da resolução. Não é possível prever, a partir dos elementos disponíveis no RAIR e na minuta de norma, de que forma a revisão técnica poderá ser implementada pela Agência. Trata-se de conduta contraditória com o próprio objetivo buscado pela ediçã de resolução a respeito das revisões técnicas, que é o de estabelecer critérios objetivos e isonômicos para a aplicação do instituto. A ausência de definiçã mínima inviabiliza a participação da sociedade para a criação da norma, ao mesmo tempo em que abre espaço para que a ANS edite instruções normativa sem prévia análise de impactos regulatórios e diálogo com o setor regulado. A indefinição de metodologia fez com que os valores de reajuste solicitados na revisões técnicas da Bradesco Saúde tenham sido embasados em índices que reconduzem a sinistralidade ao patamar previsto em Nota Técnica do produ O Decreto nº 10.139/2019 foi revogado pelo Decreto nº 12.002/2024, que entrou em vigor em 01/06/2024. Ele dispõe que não cabe mais Instrução Normati para atos de órgãos colegiados, pois passou a ser utilizada apenas para atos editados por uma ou mais autoridades singulares, razão pela qual a ANS menciona na minuta, que a IN virá por meio da DIPRO (autoridade singular), ou seja, não passará pela Diretoria Colegiada. Desta forma, entende-se ser d suma importância que seja dada publicidade aos dispositivos que a Agência menciona virem por meio de instrução normativa, em observância, inclusive a princípio da transparência. Essa prática contribuiria para a elaboração do documento que estabelecerá os procedimentos e padrões relacionados a metodologia de cálculo e como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos acompanhamento do desempenho da carteira, tal abordagem estaria respeitando o princípio da transparência. A ANS deve observar as diretrizes estabelecidas pelo CPA nº 39 do Instituto Brasileiro de Atuária. A metodologia de cálculo é matéria que integra o núcleo principal e estruturante do tema Revisão Técnica, de modo que deveria integrar a própria RN, ainc que por meio de Anexo. Sem previsão da metodologia em Resolução Normativa, não há conhecimento sobre os principais aspectos da Revisão Técnica proposta pela ANS. Desse modo, não é matéria que deva ser regulamentada por meio de Instrução Normativa (IN), pois essa espécie de ato normativo se destina a orientar a execução das normas vigentes pelos agentes públicos, sem inovar (art. 42, VII, da RR nº 21/22). Sem conhecimento sobre a metodolog de cálculo que estruturará a Revisão Técnica proposta, os agentes econômicos têm o seu direito de avaliar, questionar e contribuir por meio dos instrument de participação social cerceados. Traçando um paralelo, os elementos estruturantes da metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais são regulamentados por meio de Resolução Normativa (RN ANS 441/18).
306805	A ANS não apontou estudos ou projeções para justificar a imposição de prazo mínimo de três anos de desequilíbrios como critério de elegibilidade para a revisão técnica. Excluem-se de antemão, e sem justificativa, por exemplo, situações nas quais aguardar três anos seria inviabilizar a própria recuperação d carteira e/ou da própria empresa. A realização da Revisão Técnica após 3 anos de desequilíbrio técnico e de solvência ameaçada é um remédio tardio para recuperação da posição financeira da Operadora. Isso ocorre devido a vários fatores. O agravamento do desequilíbrio dos planos individuais se dá, principalmente, pelo envelhecimento da população e aumento dos custos médicos, aliados aos reajustes insuficientes ao longo dos anos. Dessa forma, o desequilíbrio não é temporário ou transitório, ou algo que precise ser confirmado ao longo de 3 anos. Condicionar a elegibilidade para Revisão Técnica ac desequilíbrio consistente há 3 anos da carteira de planos individuais da operadora pode ser prejudicial, uma vez que a operadora pode enfrentar dificuldade financeiras crescentes enquanto aguarda o período de elegibilidade. Se a análise do histórico de sinistralidade já demonstra uma tendência de desequilíbri isso deve ser considerado como um indicativo para a Revisão Técnica, razão pela qual sugere-se a redução para o prazo de 2 anos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306805	2025-02-07 21:41:28	Operadora
306805	2025-02-07 21:41:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306805	- Art. 6º A ANS definirá em Instrução Norma□va como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.	Alteração
306805	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306805	Art 6º A operadora poderá aplicar índice de reequilíbrio diferenciados por contrato ou grupo de contratos de forma que o reajuste médio equivalha ao índi equilíbrio necessário, e não poderá ser diferenciado por beneficiário ou por faixa etária, o critério do agrupamento ser detalhado pelo atuário.
306805	

Protocolo	Justificativa
306805	Ao submeter à Consulta Pública minuta de resolução que não regulamenta de forma objetiva nenhum dos elementos básicos da revisão técnica evidencia-s vício grave no devido processo de elaboração normativa da resolução. Não é possível prever, a partir dos elementos disponíveis no RAIR e na minuta de norma, de que forma a revisão técnica poderá ser implementada pela Agência. Trata-se de conduta contraditória com o próprio objetivo buscado pela ediçã de resolução a respeito das revisões técnicas, que é o de estabelecer critérios objetivos e isonômicos para a aplicação do instituto. A ausência de definiçã mínima inviabiliza a participação da sociedade para a criação da norma, ao mesmo tempo em que abre espaço para que a ANS edite instruções normativa sem prévia análise de impactos regulatórios e diálogo com o setor regulado. A indefinição de metodologia fez com que os valores de reajuste solicitados na revisões técnicas da Bradesco Saúde tenham sido embasados em índices que reconduzem a sinistralidade ao patamar previsto em Nota Técnica do produ O Decreto nº 10.139/2019 foi revogado pelo Decreto nº 12.002/2024, que entrou em vigor em 01/06/2024. Ele dispõe que não cabe mais Instrução Normati para atos de órgãos colegiados, pois passou a ser utilizada apenas para atos editados por uma ou mais autoridades singulares, razão pela qual a ANS menciona na minuta, que a IN virá por meio da DIPRO (autoridade singular), ou seja, não passará pela Diretoria Colegiada. Desta forma, entende-se ser d suma importância que seja dada publicidade aos dispositivos que a Agência menciona virem por meio de instrução normativa, em observância, inclusive a princípio da transparência. Essa prática contribuiria para a elaboração do documento que estabelecerá os procedimentos e padrões relacionados a metodologia de cálculo e como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos acompanhamento do desempenho da carteira, tal abordagem estaria respeitando o princípio da transparência. A ANS deve observar as diretrizes estabelecidas pelo CPA nº 39 do Instituto Brasileiro de Atuária. A metodologia de cálculo é matéria que integra o núcleo principal e estruturante do tema Revisão Técnica, de modo que deveria integrar a própria RN, ainc que por meio de Anexo. Sem previsão da metodologia em Resolução Normativa, não há conhecimento sobre os principais aspectos da Revisão Técnica proposta pela ANS. Desse modo, não é matéria que deva ser regulamentada por meio de Instrução Normativa (IN), pois essa espécie de ato normativo se destina a orientar a execução das normas vigentes pelos agentes públicos, sem inovar (art. 42, VII, da RR nº 21/22). Sem conhecimento sobre a metodolog de cálculo que estruturará a Revisão Técnica proposta, os agentes econômicos têm o seu direito de avaliar, questionar e contribuir por meio dos instrument de participação social cerceados. Traçando um paralelo, os elementos estruturantes da metodologia de cálculo do reajuste dos planos individuais são regulamentados por meio de Resolução Normativa (RN ANS 441/18).
306805	Propõe-se a exclusão do parágrafo único do art. 4º A possibilidade de se estabelecer contrapartidas sem quaisquer balizamentos normativos prévios não é compatível com a segurança jurídica necessário à revisão técnica. De um lado, a ANS poderia impor contrapartidas incompatíveis ou desconectadas dos objetivos da revisão técnica. Ou, ainda, que a Agênc limite indevidamente a liberdade econômica da operadora. De outro, a operadora, em situação de gravíssimo desequilíbrio econômico-financeiro, teria pouc ou nenhuma alternativa a não ser concordar com as contrapartidas propostas pela ANS, por mais irrazoáveis que fossem, sob pena de não acessar o únic instrumento capaz de recuperar sua higidez financeira. Nesse contexto, ainda que haja concordância da operadora, tratar-se-á de consentimento viciado, pe absoluta inexistência de alternativas para a manutenção da atividade empresarial. A redação do parágrafo único confere poder discricionário ilimitado à ANS, permitindo-lhe inovar em direitos e obrigações no caso concreto, burlando o princípio da legalidade estrita e os limites do seu poder normativo, além de gerar insegurança jurídica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306805	2025-02-07 21:41:28	Operadora
306805	2025-02-07 21:41:28	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306805	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
306805	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306805	
306805	Art.8º Esta Resolução entrará em vigor em 90 (noventa) dias a contar da data de sua publicação.

Protocolo	Justificativa
306805	Propõe-se a exclusão do inciso III, do art. 4º A exigência de comercialização continuada de planos individuais ou familiares, não resta comprovada no AIR. Não há estudos ou parâmetros que justifiquen imposição dessa condicionante e, tampouco pelo prazo de três anos. Nesse cenário, a contrapartida de ofertar planos individuais ou familiares por três ano além de representar verdadeira substituição de decisão negocial da operadora pelas preferências da ANS, pode resultar na inefetividade da revisão técnica, medida em que impõe a manutenção de contratos sabidamente onerosos às operadoras, o que pode replicar e agravar justamente o desequilíbrio que se qu mitigar. Os riscos são de que a revisão técnica, tal como proposta pela Agência, paradoxalmente, agrave o cenário de crise que busca mitigar, na medida e que impõe custos adicionais incompatíveis com o instituto. Ao condicionar a concessão de revisões técnicas à comercialização de planos individuais, restringe a liberdade econômica da operadora, sem amparo em l em sentido estrito, ofendendo a autonomia do ente privado na escolha da estratégia comercial que melhor atenda aos seus interesses na exploração da atividade econômica. A revisão técnica, enquanto instrumento destinado a corrigir desequilíbrios constatados nos planos de saúde, prevenindo a ameaça a continuidade da assistência aos beneficiários, mediante reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias, justifica a implementação de ajust técnicos pontuais na carteira afetada, no mínimo necessário, em atenção aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, e não uma intervenção direta política de comercialização, núcleo essencial da liberdade econômica. Reafirma-se que a retomada da comercialização de planos individuais ou familiares não resolve o problema de equilíbrio, pois o produto em si se mostra insustentável no longo prazo. O que pode acontecer é um subsídio dos novos entrantes para mitigar o desequilíbrio, porém resultando em uma postergação problema, e não na sua solução. Utilizar estratégias de subsídios se torna uma prática injusta com o beneficiário, pois realiza o reajuste de preço não considerando o perfil da carteira, mas s com o intuito de compensar o déficit da outra, resultando em efeitos indesejados de seleção adversa e redução de oferta para o mercado. Diferente do mutualismo, práticas de subsídio são amplamente conhecidas como contraproducentes no negócio de seguros, com efeitos de atração de beneficiários de maior custo face a uma tarifa média calibrada para uma carteira de menor risco. Ou seja, a população mais jovem que se espera que entre na carteira pod não estar disposta a arcar com o déficit atual (os beneficiários que possuem menor utilização, logo menor risco e consequentemente menor preço, não irã aderir ao plano para subsidiar os demais beneficiários), resultando em uma baixa adesão de novos beneficiários. Mesmo que esses novos beneficiários aceitassem subsidiar a insuficiência dos atuais, eles mesmo se tornariam um desequilíbrio a ser tratado no futuro. O seja, não resolveria o problema, apenas o postergaria. Quanto ao prazo, a ANS não apresenta embasamento técnico que justifique os três anos. O relatório AIR não apresenta estudo elaborado, com razoabilidade e transparência para se chegar aos três anos.
306805	Não seria razoável aguardar um ano para a vigência da norma tendo em vista a celeridade com que foi realizada a audiência pública 48, bem como pelo fa de um semana após a referida audiência ter sido lançada a Tomada Pública de Subsídios 04 referentes à Política de Preços e Reajuste, impossibilitando q a sociedade participasse ativamente das discussões de forma apropriada e com um prazo restrito para contribuições de apenas 19 dias corridos. Some-se isso a publicação da consulta pública 145, que foi iniciada em 19/12/24, onde se estabeleceu um período de 45 dias para o envio de contribuições sobre quatro temas: Reajuste e rescisão de planos coletivos, mecanismos de regulação, revisão técnica e venda online.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306805	2025-02-07 21:41:28	Operadora
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306805	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
306744	- § 7º O limite previsto no § 2º deste ar□go não se aplica aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na Resolução Norma□va nº 59, de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento.	Alteração
306744	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306805	Propõe-se a alteração do caput do art. 1º. Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 19 tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Normativa nº 05, d dezembro de 2003, inclusive aqueles com Termos de Compromissos firmados entre ANS e operadoras de planos de saúde entre os anos de 2004 e 2(referentes aos reajuste autorizados, e os planos celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9.656/98 e não adaptados que prevejam cláusula de reequi deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa.
306744	§ 7º O limite previsto no § 2º deste artigo não se aplica aos planos de segmentação odontológica.
306744	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa as premissas mínimas a serem consideradas na metodologia de cálculo da Revisão Técnica elaborada pelo a bem como o rito processual e a documentação necessária.

Protocolo	Justificativa
306805	A revisão técnica é uma ferramenta regulatória que visa a sustentabilidade financeira em situações de potencial desequilíbrio que ameacem a execução contratual. Além de expressa previsão legal (art. 16, XI, da Lei nº 9.656/1998 e art. 4º, XVII, XVIII da Lei nº 9.961/2000), ela resulta da necessidade de se resguardarem as relações contratuais de longa duração de eventos inesperados e/ou do próprio decurso do tempo. Sejam os contratos celebrados antes o depois de a Lei nº 9.656/1998, zelar pela continuidade da prestação de serviços assistenciais aos consumidores de planos de saúde/ seguro saúde é interes público precípuo deve ser defendido por essa Agência. O objetivo com a revisão, pois então, não escapa da necessidade de que os referidos contratos mantenham o seu equilíbrio econômico-financeiro preservado, se o caso, permitindo que a ANS corrija desacertos que possam comprometer a liquidez e a solvência das Operadoras de Saúde Suplementar ou, no mesmo patamar, (desacertos que possam) prejudicar os consumidores em razão de alguma soluç de continuidade dos serviços contratados. A revisão técnica deve alcançar todas as carteiras de contratos individuais ou familiares, celebrados ou adaptado anterior ou posteriormente à vigência da Lei nº 9.656/98, que estejam em desequilíbrio pelo princípio da onerosidade excessiva previstos no Código Civil e n CDC. Além disso, a inclusão expressa dos contratos abarcados pelos Termos de Compromisso no âmbito de aplicação da norma é medida que fortalece es diretriz de segurança jurídica. Aliás, um dos objetivos da celebração dos Termos de Compromisso foi conferir segurança jurídica e equilíbrio econômico-financeiro aos planos ali contemplados. A inclusão expressa está em linha com a sua aplicabilidade aos contratos abarcados pela Súmula Normativa nº 05, já que esta e os Termos de Compromiss firmados entre 2004 e 2005 compõem um sistema de medidas implementadas pela ANS para conferir previsibilidade, transparência e sustentabilidade aos planos anteriores à Lei nº 9.656/1998, o que impõe seu tratamento isonômico pela Agência (art. 1º, 5º, caput e LIV e 37, caput, da CRFB). Diante da viabilidade estabelecida nos Termos de Compromissos, no sentido de se poder estabelecer mecanismos que promovam o equilíbrio financeiro da carteiras em contratos não regulamentados pela Lei nº 9.656/1998, considera-se que a proposta de revisão técnica deve alcançar os referidos termos firmad entre a ANS e as operadoras de planos de saúde referentes à aplicação dos reajustes anuais dos planos individuais. Importante considerar, ainda, que o disposto na Súmula nº 5/2003 da ANS estabelece que foi considerada a decisão, em sede cautelar, proferida pelo Supremo Tribunal Federal, em 21 de agosto de 2003, nos autos da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1931-8, no sentido da não aplicação da lei dos planos de saúde aos contratos firmados anteriormente à referida lei. A referida decisão foi confirmada em 2018, nos seguintes termos “O Plenário do Supren Tribunal Federal (STF) julgou parcialmente procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1931, que questiona a Lei 9.656/1998 (Lei dos Planos d Saúde). Por unanimidade dos votos, a Corte considerou válida a maioria dos dispositivos, mas entendeu que os contratos celebrados antes da vigência da norma não podem ser atingidos pela regulamentação dos planos de saúde”. Se a minuta da revisão técnica, proposta pela ANS, alcançará os planos abarcados pela Súmula nº 05/2003 (contratos não regulamentados e não adaptado sem cláusula expressa de percentual de reajuste), entende-se, por consequência, que também sejam mencionados expressamente os Termos de Compromisso firmados entre ANS e as operadoras de planos de saúde para que não haja tratamento desigual a situações que se enquadram no mesmo contexto, qual seja, contratos de planos individuais/familiares celebrados anteriormente à Lei nº 9.656/1998, sem cláusula expressa de reajuste e com percentuais de reajuste estipulados pela ANS.
306744	As disposições previstas na Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamen odontológico em regime misto de pagamento, fundamentam a não incidência de limites para os planos odontológicos, sendo portanto a justificativa para a isenção da regra para os planos odontológicos. Porém, retirar essa justificativa da redação, a torna mais clara.
306744	A parte mais importante da revisão técnica não foi definida pela ANS e a sugestão seria ter uma consulta pública antes da publicação da instrução normativ para maiores discussões. De toda forma, entende-se que a ANS não deva definir a metodologia e sim indicar algumas premissas mínimas, deixando a critério do atuário da operadora melhor decisão técnica do que deverá ser incluído na metodologia a partir da análise da carteira individual, pois cada operadora poderá ter uma situação distinta de desequilíbrio. Além de previsão da obrigatoriedade de ser elaborado por atuário habilitado com registro profissional.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306744	- § 1º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, a franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go será aferida proporcionalmente, considerando-se o número de meses restantes até o aniversário ou renovação subsequente do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Alteração
306744	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
306744	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Alteração
306744	- § 5º O reajuste previsto no parágrafo anterior deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses e não poderá ser aplicado quando inexis□r previsão contratual em relação aos seus critérios de aferição e aplicação.	Alteração
306744	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Alteração
306744	- § 1º Nos casos do inciso I do caput deste ar□go, poderão ser cobrados valores dis□ntos a depender da complexidade do atendimento realizado, bem como do atendimento realizado por médico generalista daquele atendimento realizado por médico especialista, conforme previsto em contrato.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306744	§ 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrat
306744	Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em realizados em atendimentos ocorridos em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte: I – (excluir); II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e even realizados.
306744	Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Normativa, poderão ser majorados a percentual a ser definido por acordos ou conv coletivas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente. Parágrafo Único. Os planos coletivos empresariais regulados por acordos e convenções coletivas de trabalho não estão sujeitos às isenções de coparticip definidas pela ANS.
306744	§ 5º O reajuste dos mecanismos financeiros de regulação deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses.
306744	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste artigo deverá refletir os valores base de remuneração praticados entre a operadora de pla privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, ainda que existam remunerações distintas em face das negociaçõ individuais com cada prestador.
306744	

Protocolo	Justificativa
306744	Alteração referente ao §7º do art.10, mas como não há item de contribuição para o §7º, foi utilizado outro § para apresentar a contribuição. Sendo assim, sugere-se a alteração do §7º uma vez que a franquia é uma ferramenta que poderá ser utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos, ou seja, a pessoa jurídica contratante e a operadora poderão chegar a um acordo para amenizar os reajust das contraprestações, através da alteração do valor da franquia.
306744	A limitação do mecanismo financeiro de regulação para atendimentos em pronto-socorro poderá ocasionar uma migração das consultas eletivas para aquel realizadas no ambiente hospitalar, sobrecarregando os pronto-atendimentos de forma desnecessária. Ou seja, haverá estímulo à utilização de consultas er pronto-socorro, o que é contrário a demais preceitos da própria ANS, inclusive com indicador específico no Indice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e no Mapeamento do Risco Assistencial.
306744	Não temos nenhuma objeção em estabelecer um limite monetário para o valor do mecanismo financeiro de regulação no caso da internação. Entretanto, fix tal valor ao limite de exposição financeira mensal poderá incentivar o beneficiário a realizar uma internação desnecessária para realização de procedimento eletivos com o único objetivo de reduzir sua coparticipação. Nessa hipótese, o plano terá um custo assistencial muito mais elevado, como por exemplo o pagamento de diárias e taxas hospitalares, fato que será refletido quando da aplicação do reajuste. Além disso, a regra não traz exceção para as internaçõ de longo prazo. Lado outro, não considera que diferentes beneficiários de um mesmo contrato poderão ter valor de coparticipação para internação diferencia em razão da diferença no valor da mensalidade de cada um, seja pela idade ou outras circunstâncias como as mensalidades fixadas com base salarial.
306744	Acordos ou convenções trabalhistas são definidos junto aos representantes dos próprios empregados/beneficiários, dessa forma, a definição dos percentua de coparticipação deveriam caber livremente entre as partes, assim como os limites de exposição financeira anual e mensal, e ainda isenções de coparticipação. Assim a proposta fica adequada às práticas de mercado e aos entendimentos consolidados do STJ.
306744	Manutenção da previsão do reajuste a cada 12 meses, entretanto, sem a necessidade de indicação dos critérios para aferição, tendo em vista, que as operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociaç junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índ global de aplicação. A coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusi essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidades mais acessíveis. Dessa forma, a definição de um critério único impossibilitará da realização de negociações entre as partes em períodos específicos.
306744	Considerando que a remuneração de cada prestador é definida mediante negociação específica com o respectivo prestador, não havendo uma tabela única remuneração, apenas uma tabela base utilizada para início das negociações.
306744	Com a proposta que sugerimos de excluir o inciso I, esse parágrafo torna-se sem efeito.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306744	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
306744	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306744	Art. 13 (...) Parágrafo único. Fica assegurada a manutenção dos contratos originais celebrados antes da vigência desta norma, com suas respectivas regras. A renova contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que dis sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação por meio de aditivo contratual correspondente.
306744	Art. 3º Para que sejam elegíveis ao instituto da Revisão Técnica as operadoras devem atender cumulativamente aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e II - a operadora deve apresentar evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar

Protocolo	Justificativa
306744	Dar clareza a manutenção dos contratos celebrados antes da vigência do normativo em respeito ao ato jurídico perfeito.
306744	Excluir o inciso I, pois não seria ideal aplicar a revisão técnica nos planos individuais somente quando verificado o desequilíbrio de toda operadora, pois iss pode fazer com que por diversos anos a carteira coletiva assuma os prejuízos da carteira individual, a qual tem riscos totalmente distintos. Além disso, quan for constatada a insolvência de toda operadora, o percentual de revisão técnica pode estar muito elevada para ser aplicada aos planos individuais. Além disso, com as propostas de revisão das clausulas de reajuste dos contratos coletivos conforme propostas da RN 565, já está sendo debatido se os próprios coletivos já ficarão insuficientes, sendo que eles não podem assumir, ainda, os prejuízos da carteira individual. Além disso, importante mencionar que o reajuste dos planos individuais é controlado pela ANS e a formulação de cálculo deveria ser também objeto desse pacote de normas a serem alteradas, pois é justamente a forma de apuração do reajuste insuficiente para algumas operadoras que levará à necessidade d pedido de revisão técnica, principalmente por não contemplar o impacto do aumento dos novos procedimentos ao Rol para os próximos 12 meses, gerand prejuízos que não serão recuperados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306744	- Art. 6º A ANS definirá em Instrução Norma□va como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.	Alteração
306744	- § 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão copar□cipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306744	Art. 6º A ANS definirá em Instrução Normativa como se dará a aplicação da Revisão Técnica, indicando as informações mínimas que devem constar na I Técnica Atuarial de Revisão Técnica elaborada pelo atuário, em termos de prazos, abrangência da carteira e procedimentos de acompanhamento da car
306744	

Protocolo	Justificativa
306744	A parte mais importante da revisão técnica não foi definida pela ANS e a sugestão seria ter uma consulta pública antes da publicação da instrução normativ para maiores discussões. Além disso, importante mencionar que o reajuste dos planos individuais é controlado pela ANS e a formulação de cálculo deveria ser também objeto desse pacote de normas a serem alteradas, pois é justamente a forma de apuração do reajuste insuficiente para algumas operadoras que levará à necessidade d pedido de revisão técnica, principalmente por não contemplar o impacto do aumento dos novos procedimentos ao Rol para os próximos 12 meses, gerand prejuízos que não serão recuperados. O atuário estabelece a sugestão de vendas inicial equilibrada somente para 12 meses no regime de repartição simples. Mas posteriormente ocorrem fatos q causam impacto e, por muitas vezes, o reajuste definido pela ANS não os contempla, tais como a inclusão de novos procedimentos para os próximos 12 meses, a proporção de beneficiários em cada faixa etária se alterar e os custos de cada faixa se alterar com a inclusão de novos procedimentos ao rol e cau um desequilibrio na carteira, pois a sugestao te´cnica atuarial tem limites de variação por faixa etária definidos na RN 568 que levam a custeios intergeracionais. Assim, ao se ter uma mudança da estrutura etária, ocorrem desequilibrios fatalmente. Outro ponto, é o envelhecimento da população, com aumento da proporção de beneficiários acima de 59 que não podem ter reajuste por mudança de idade, dado o estatuto do idoso, e que faz com que a carte tenha uma necessidade de reajuste ainda maior (caso a ANS queira avaliar essa abertura de custos após 59 anos, tem como fazer pelo TISS, mas tambér solicitar aos atuários as informações utilizadas por faixa etária acima de 59 anos no Teste de Adequação de Passivo para atendimento a RN 528. Se esses fatos não forem analisados, inevitavelmente haver´[a pedidos de revisão técnica, mesmo com a volta da comercialização, pois os problemas das operadoras atualmente não é só de envelhecimento por pararem de vender, mas o envelhecimento pode ocorrer pois existe uma tendencia de compra de planos pela população com mais idade, que ppode, inclusive ter perdido seu plano empresarial, a própria demanda por atendimentos ser maior nessa população e os mais jovens não adquirirem pela menor necessidade utilização e falta de cultura de prevenção ou mesmo questões economicas que impede ter um plano. De toda forma, entende-se que a ANS não deva definir a metodologia e sim indicar algumas premissas mínimas, deixando a critério do atuário da operadora melhor decisão técnica do que deverá ser incluído na metodologia a partir da análise da carteira individual, pois cada operadora poderá ter uma situação distinta de desequilíbrio em função de todos esses aspectos mencionados que geram o desequilíbrio após o 1º ano de contratos (que seguiu a NTRP do atuário). Além de haver previsão neste artigo da obrigatoriedade de ser elaborado por atuário habilitado com registro profissional. Além disso, entende-se que a ANS não deva definir os prazos, abrangência, limites de valores e como se dará o acompanhamento, mas sim indicar que o atuário deve estabelecer esses parâmetros na nota técnica.
306744	Há necessidade do beneficiário ter acesso às informações sobre os procedimentos que terão coparticipação, porém listá-los individualmente no contrato apenas tornará o documento volumoso, sem benefício ou facilidade de consulta. Além disso, dado que há revisão do rol frequentemente, com incorporação automática nos produtos, a listagem dentro do contrato torna-se obsoleta em pou tempo após a sua celebração, assim, o que seria transparência, acaba não servindo para consulta no dia a dia, além de poder gerar interpretações equivocadas pelo beneficiário/judiciário, tendo em vista que existem alguns procedimentos que possuem o mesmo código TUSS, mas que com uma diretriz coberta pelo rol de procedimentos e por outra diretriz não possui cobertura.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306744	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Alteração
306744	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306744	Art. 4º A operadora contemplada com o instituto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.
306744	

Protocolo	Justificativa
306744	Excluir a obrigatoriedade de ser por venda on line prevista no inciso I e deixar que a operadora defina qual será a forma de comercialização.
306744	Não há um índice único negociado com os prestadores que permita a adoção dessa regra. Lado outro, este normativo já dispõe no inciso IV, do art. 6º, que critérios de reajuste dos mecanismos financeiros devem estar previstos no contrato do plano, deixando claro se tratar de uma condição comercial que deve ficar a cargo das Operadoras estabelecerem as regras deste reajuste, o que conflita com esta disposição. As operadoras possuem diversos prestadores para realização de um mesmo procedimento, seja rede credenciada direta ou indireta, e nem sempre a negociação junto ao prestador resulta no mesmo índice de aplicação, além de terem data-base de reajuste totalmente distintas, o que impossibilitaria de chegar num índice global de aplicação. Além disso, a coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusive, essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidade mais acessíveis, o que hoje é admitido na regulamentação, inclusive com previsão no RPC. Dessa forma, limitar o reajuste da coparticipação ao índice aplicado junto aos prestadores de serviço, principalmente nas negociações de contratos coletivo com empregadores, irá trazer um impacto negativo para o reajuste dos beneficiários pelos fatos mencionados anteriormente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306744	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Exclusão
306744	- § 6º É vedado o pagamento pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços de saúde dos valores devidos a □tulo de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado sempre à operadora de plano privado de assistência à saúde, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual. § 7º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respec□vo contrato de plano privado de assistência à saúde e não poderá ser aplicado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contado da data de vigência do contrato. § 8º Na modalidade de franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go, somente incidirá o limite de exposição	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306744	
306744	

Protocolo	Justificativa
306744	Em análise dos documentos apresentados no AIR, não observou-se embasamento técnico para definição do percentual máximo de 30% pela ANS. Do ponto de vista técnico, entendemos que a limitação do percentual poderia, inclusive, ser maior que os 30%, todavia com limites variados pela complexida dos procedimentos. Observamos que existem OPS com coparticipação de 50% em procedimentos de baixa complexidade, sem números de reclamações registradas na ANS (NIP's). A definição de um percentual máximo de coparticipação é recomendável. Todavia, é necessário deixar claro que: reduzir a coparticipação implicará, obrigatoriamente, o aumento da mensalidade dos planos. A coparticipação é uma ferramenta utilizada entre as pessoas jurídicas contratantes dos planos e as operadoras para minimizar os preços propostos. Inclusi essa medida limitará o poder de escolha do beneficiário em ter um plano com um nível de coparticipação mais alto e com mensalidades mais acessíveis. O AIR, além de não ter trazido parâmetros para 30%, pulou uma etapa importante do processo de debate do tema ocasionado pela Câmara Técnica de 201 cuja conclusão foi pelo percentual de 50%, alinhado, inclusive, com as recentes decisões do STJ sobre a matéria (Recurso Especial nº 2.001.108 – MT, 2022/0133339-5).
306744	O impedimento de pagamento da franquia diretamente ao prestador pelo beneficiário, irá agravar de sobremaneira o risco de crédito desses contratos, senc que hoje já existe a previsão de o beneficiário poder realizar o pagamento diretamente ao prestador de serviço nos termos da Consu nº 8/98, sem problema relatados nessa operação. O glossário da saúde suplementar, inclusive até o ano de 2012, previa expressamente que a franquia sempre era paga ao prestador, o que foi excluído na revisões posteriores, porém sem mudança de conteúdo, uma vez que continua a previsão da Consu nº 8/98, e na proposta desta CP a não responsabilidade operadora por este pagamento. Ou seja, quando a operadora não é responsável não cabe a ela transitar o recurso financeiro, pois isso gera risco de crédito não é habitual nas atividades securitárias, quando se menciona não haver responsabilidade. Portanto, essa alteração traz mudança em um conceito internacionalmente conhecido, causando impacto negativo em quem lida com atividade securitária passará a ter dois conceitos para um mesmo instituto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria
306744	2025-02-08 08:29:30	Consultoria
306928	2025-02-08 09:12:11	Prestador
306985	2025-02-08 11:40:05	Paciente
306981	2025-02-08 11:51:43	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306744	- Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - franquia dedu□vel acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja a□ngido o valor previsto no contrato Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 5 como franquia; e II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, n	Inclusão
306744	- § 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.	Exclusão
306744	- § 1º A tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverão constar de forma destacada no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em norma□vo específico, no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.	Alteração
306744	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Alteração
306928	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306985	- § 2º Caso as cláusulas do contrato não indiquem expressamente o índice de preços a ser u□lizado para reajustes das contraprestações pecuniárias e/ou sejam omissas quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste, deverá ser adotado percentual limitado ao índice máximo estipulado pela ANS, de acordo com esta Resolução.	Alteração
306981	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306744	Art. 10-A A fixação de franquia limitada por acesso, não impede a fixação de coparticipação, desde que relativo a procedimentos ou tipo de rede distinto observados os limites impostos neste normativo.
306744	
306744	§ 1º A indicação de onde possa ser consultada a tabela de referência a que se refere o inciso II e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste a deverão constar no contrato, regulamento ou instrumento congênere, bem como disponibilizados, na forma prevista em normativo específico, no Portal Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS.
306744	Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 365 dias da sua publicação.
306928	
306985	Os reajustes praticados estão se tornando insustentáveis! Planos de saúde descredenciando prestadores, e reajustes absurdos! Precisa urgentemente re questão, e estipular um índice de reajuste.
306981	

Protocolo	Justificativa
306744	Respeitar as realidades já existentes no mercado de planos que utilizam concomitantemente os dois fatores de moderação, ainda que adequados ao novo formato regulado.
306744	Essa regra desestimula a adoção de direcionamento de atendimento, sem nenhum AIR que indique ser necessário esse impedimento.
306744	Há necessidade do beneficiário ter acesso à tabela de referência, porém a inserir no contrato apenas tornará o documento volumoso, sem benefício ou facilidade de consulta, além de ter constantes alterações do rol de procedimentos para aditivar o contrato com as inclusões.
306744	Importante dar um prazo relevante para adaptação de sistema de TI ao tema, seja pelas operadoras para as cobranças serem corretas ou pelos atuários pa formulação do cálculo e atualização da NTRP de cada produto.
306928	A contratação é complexa e o profissional garante as informações e as peculiaridades do produto indicando a melhor opção, informando sobre as carências todas as informações relevantes. Trabalho há mais de 25 anos e todos os meus cliente recorrem a mim para consultar sobre seu plano de saúde. O corretor é a solução para uma venda saudável!!!
306985	Justificativa acima
306981	A contratação é complexa e depende do auxílio do corretor onde o mesmo sempre irá forner informações a seu cliente quando necessário. Pela operadora isso não acontecerá pois são representadas por calcenter treinado e cada um fala uma informação incoerente toda vez que o beneficiário en em contato!

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306992	2025-02-08 12:00:15	Prestador
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306992	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
306971	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração
306971	- Art. 14. À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde empresarial, celebrado na forma do ar□go 9º desta resolução, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. Parágrafo único. Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na comunicação.	Alteração
306971	- Art. 43. Para a aplicação do percentual de reajuste calculado, não será necessária a autorização prévia da ANS, porém, poderão ser solicitados, a qualquer tempo, a metodologia e os dados utilizados pela operadora no cálculo do reajuste do agrupamento para a verificação do percentual aplicado.	Alteração
306971	- § 1º Nos casos em que os contratos de planos privados de assistência à saúde não con□verem disposições acerca da aplicação de mecanismos de regulação assistencial, como direcionamento, referenciamento, porta de entrada ou hierarquização de acesso, a isenção a que se refere o art. 3º desta Resolução poderá ser condicionada à indicação, pela operadora de plano privado de assistência à saúde, do prestador de serviços de saúde que realizará o procedimento, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Alteração
306971	- § 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos Mecanismos Financeiros de Regulação incidentes sobre esta última.	Inclusão
306971	- § 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mecanismos Financeiros de Regulação, além daqueles elencados no Anexo desta norma.	Inclusão
306971	- “Art. 28. ..... I - os percentuais de reajuste aplicados; e	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306992	
306971	§ 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste a deverá ter por base o reajuste concedido pelaoperadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada,de seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.
306971	Art. 14. À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde empresarial, celebrado na f ar□go 9º desta resolução, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, co antecedência mínima de noventa dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. Parágrafo únic hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de nãopagam contrato será rescindido na data indicada na comunicação.
306971	Art. 43. Para a aplicação do percentual de reajuste calculado, não será necessária a autorização prévia da ANS, porém, a metodologia e os dados utilizado operadora no cálculo do reajuste do agrupamento para a verificação do percentual aplicado deverá estar disponivel para livre conferência do contratan
306971	§ 1º Nos casos em que os contratos de planos privados de assistência à saúde não con□verem disposições acerca da aplicação de mecanismos de regu assistencial, como direcionamento, referenciamento,porta de entrada ou hierarquização de acesso, a isenção a que se refere o art. 3º desta Resolução poc condicionada à indicação, pela operadora de plano privado de assistência à saúde, do prestador de serviços de saúde que realizará o procedimento, desd previsto no contrato firmado entre as partes.
306971	§ 2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somentesera devido o valor relativo aos Mecanismos Finance Regulação incidentes sobre esta última.
306971	§ 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobranç Mecanismos Financeiros de Regulação, além daqueles elencados no Anexo desta norma, DESDE QUE AUTORIZADOS PELO CONTRATANTE.
306971	Art 28.....I - os percentuais de reajuste aplicados, sendo que nos casos de utlização do Índice de Sinistralidade sejam discriminadas a variação da frequê utilização e valor dos diferentes segmentos de despesas assistenciais ; e

Protocolo	Justificativa
306992	A venda de planos de saúde pela internet, conforme previsto na RN 413/2016, pode comprometer a qualidade do atendimento ao consumidor. A ausência d um corretor especializado no processo de contratação aumenta o risco de o cliente adquirir um plano sem compreender plenamente suas coberturas, restrições e condições. Isso pode gerar dificuldades na utilização do serviço e resultar em surpresas indesejadas no momento em que o plano for necessár O corretor desempenha um papel essencial ao orientar o consumidor na escolha do plano mais adequado às suas necessidades, esclarecendo dúvidas e garantindo que todas as informações sejam compreendidas antes da contratação. A venda digital, sem essa intermediação qualificada, reduz a transparênci pode levar a decisões equivocadas. Diante disso, é fundamental reavaliar essa norma para assegurar que o consumidor tenha um suporte adequado antes concluir a compra.
306971	DE ACORDO COM A PROPOSTA DE INCLUSÃO APRESENTADA PELA ANS
306971	entende-se que 90 dias é o prazo aceit´ável e viável para mobilização das partes.
306971	Visamos mais transparência com a alteração proposta
306971	de acordo com a proposta de alteração sugerida pela ANS
306971	DE ACORDO COM A INCLUSÃO PROPOSTA PELA ANS
306971	Transparência e liberdade de escolha.
306971	A sugestão visa dar maior transparência às informações que compõem o indice de sinistralidade

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306971	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração
306971	- “Art. 32. .... II – a data, o percentual do reajuste aplicado ao contrato coletivo e sua previsão contratual; ..... § 2º No documento previsto no parágrafo 1º, a informação tratada no inciso III do caput deste ar□go deverá especificar o valor para pagamento do beneficiário e o valor da mensalidade do mês anterior.” (NR)	Alteração
306971	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306971	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração
306971	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306971	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar AGRUPAMENTOS POR Nº DE VIDAS com todos os seus contratos c por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a es agrupamento, DESDE QUE DEVIDAMENTE AUTORIZADO PELO CONTRATANTE
306971	“Art. 32. .....II – a data, o percentual do reajuste a ao contrato coletivo e sua previsão contratual;.....§ 2º No documento previsto no parágrafo 1º, a infc tratada no inciso III do caput deste ar□godeverá especificar o valor para pagamento do beneficiário e o valor da mensalidade do mês anterior.” (NR)
306971	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar agrupamentoS POR Nº DE VIDAS com todos os seus contratos cole□ adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrup DESDE QUE DEVIDAMENTE AUTORIZADO PELO CONTRATANTE
306971	Art. 27. .....I - deverão constar do contrato:a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas a serão reajustados anualmente, deacordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze mesesconsecutivos; eb) o n apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso.II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e exp divulgadopublicamente;III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este seráreavaliado, sendo que o nív sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesasassistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze mese consecu?vos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; (Renumerado do inciso II)
306971	Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empres devem também constar do contrato celebrado entre as partes.§ 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato c de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somentepoderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunic prévia ao contratante, com antecedência mínima de noventa dias, devendo aoperadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comu (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).§ 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunic prévia ao contra

Protocolo	Justificativa
306971	Entendemos que precisamos formar agrupoamentos por nº de vidas que tenhamos mais similaridade no perfil dos grupos. Um único grupo até mil vidas nã considera as difereças de perfis de empresas que existem até 1000 vidas.
306971	concordamos com a ateração proposta
306971	Entendemos que precisamos formar agrupoamentos por nº de vidas que tenhamos mais similaridade no perfil dos grupos. Um único grupo até mil vidas nã considera as difereças de perfis de empresas que existem até 1000 vidas.
306971	Concordamos com a alteração proposta.
306971	entende-se que noventa dias é o prazo ideial para devida análise e mobilização das partes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306971	- - no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; e II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.	Inclusão
306971	- § 5º O reajuste previsto no parágrafo anterior deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses e não poderá ser aplicado quando inexis□r previsão contratual em relação aos seus critérios de aferição e aplicação.	Alteração
306971	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
306971	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração
306971	- § 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores de remuneração pra□cados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.	Inclusão
306971	- § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
306971	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306971	- no caso de atendimento em pronto socorro, o valor monetário fixo e único aplicado não poderá sersuperior ao valor dos procedimentos e eventos realizado como ser superior à metade do limite deexposição financeira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta Resolução Normativa; eII - no caso atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá sersuperior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem ser superior ao limite de exposiçãofinanceira mensal, prevista no inciso II do caput do art. 5º desta norma.
306971	§ 5º O reajuste previsto no parágrafo anterior deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses e não poderá ser aplicado quando inexis□r pre contratual em relação aos seus critérios de aferição eaplicação.
306971	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar O PERCENTUAL ACORDADO EM CONTRATO do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de privados deassistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidiráa coparticipação.
306971	Art. 36. .....II - contrato agregado ao agrupamento: co cole□vo que integra o agrupamento de contratos, porconter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde queob o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único desteartigo;.....
306971	§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II do caput deste ar□go deverá refle□r os valores deremuneração pra□cados entre a operadora de planos priv assistência à saúde e sua redecredenciada, referenciada ou cooperada.
306971	§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrup de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada p formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)
306971	

Protocolo	Justificativa
306971	DE ACORDO COM A INCLUSÃO PROPOSTA PELA ANS
306971	DE ACORDO COM A PROPOSTA DE ALTERAÇÃO APRESENTADA PELA ANS
306971	PODER DE LIVRE ESCOLHA E LIVRE NEGOCIAÇÃO ENTRE AS PARTES
306971	DE ACORDO COM A PROPOSTA, MELHOR DEIXAR A FORMA DE AGRUPAMENTO NO ART 37
306971	DE ACORDO COM A PROPOSTA DE INCLUSÃO APRESENTADA PELA ANS
306971	de acordo com a proposta ANS
306971	MANTER TEXTO ORIGINAL POIS GARANTE AO CONTRATANTE DEFINIR OS PARAMETROS JUNTO COM A SUA OPERADORA

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306971	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração
306971	- § 1º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, a franquia prevista no inciso I do caput deste ar□go será aferida proporcionalmente, considerando-se o número de meses restantes até o aniversário ou renovação subsequente do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em sentido contrário.	Inclusão
306971	- Art. 12. É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde concederem desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou outra vantagem análoga que tenha por obje□vo incen□var u□lização consciente dos procedimentos e eventos em saúde cobertos pelo produto contratado pelo beneficiário desde que não importe inibição à utilização necessária dos serviços de saúde.	Alteração
306971	- Art. 42. A operadora deverá divulgar até o primeiro dia ú□l do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como iden□ficar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no aplica□vo RPC, e seus respectivos produtos, com número de registro na ANS.	Alteração
306971	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Alteração
306971	- § 3º Considera-se procedimento realizado em regime de internação todo aquele que resulta em uma internação do beneficiário, inclusive os atendimentos realizados em regime de hospital-dia, desde que para realização de procedimento previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANS como de cobertura obrigatória para a segmentação hospitalar.	Inclusão
306971	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Alteração
306971	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
306971	Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos:“Art. 23. ..... 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empre somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de nove devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato dacomunicação.§ 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente po rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento
306971	§ 1º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, a franquia prevista no inciso I docaput deste ar□go será aferida proporcionalme considerando-se o número de meses restantes até oaniversário ou renovação subsequente do contrato, salvo previsão específica em contrato cole□vo em contrário.
306971	Art. 12. É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde concederem desconto,concessão de pontuação para troca por produtos, ou vantagem análoga que tenha por obje□voincen□var u□lização consciente dos procedimentos e eventos em saúde cobertos pelo produto contratadopelo be desde que não importe inibição à utilização necessária dos serviços de saúde.
306971	Art. 42. A operadora deverá divulgar até o primeiro dia ú□l do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na Internet, o percentual de AS INFORMAÇÕES SOBRE A VARIACAO DE UTILIZACAO DE PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS E A VARIACAO DOS VALORES DAS DESPES ASSISTENCIAIS utilizados para o referido calculo, a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como iden□ficar os contratos que receberão o reajuste código informado no aplica□vo RPC, e seus respectivos produtos, com número de registro na ANS.
306971	Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma, OS PROGRAMAS CERTIFICADOS E OS DE PROMOÇÃO DE SAUD PREVENCAO DE DOENCAS APROVADOS PELA ANS serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.
306971	§ 3º Considera-se procedimento realizado em regime de internação todo aquele que resulta em umainternação do beneficiário, inclusive os atendimentos re em regime de hospital-dia, desde que pararealização de procedimento previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANScom cobertura obrigatória para a segmentação hospitalar.
306971	Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único,contemplando todos os procedimentos e eventos em realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:
306971	VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupame contratos terá limite mínimo negociado entre as partes. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)

Protocolo	Justificativa
306971	Propoem-se o ajuste do prazo para 90 dias, a fim de dar mais tempo para análises e pesquisas necessárias.
306971	DE ACORDO COM A PROPOSTA APRESENTADA PELA ANS
306971	DE ACORDO COM A PROPOSTA DA ANS
306971	Com a alteração proposta visamos mais transparência.
306971	Respaldo ao consumidor e qualificação dos serviços prestados.
306971	DE ACORDO COM A PROPOSTA DE INCLUSÃO PROPOSTA PELA ANS
306971	DE ACORDO COM A ALTERAÇÃO PROPOSTA PELA ANS
306971	entende-se que o limite minimo deva ser estabelecido entre as partes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
306971	2025-02-08 12:04:20	Instituição de saúde
307014	2025-02-08 12:29:55	Consultoria
307029	2025-02-08 12:58:58	Interessados no tema
307053	2025-02-08 14:26:25	Prestador
307078	2025-02-08 15:37:40	Interessados no tema

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
306971	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão
307014	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307029	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307053	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307078	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
306971	
307014	
307029	
307053	
307078	

Protocolo	Justificativa
306971	Não há concordancia do setor industrial ao item proposto de inclusão que determina que independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato en a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos oscontratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento.
307014	A venda online não colabora com a clareza de informações, não ajuda na comparação de produtos, e deixa o cliente sem as orientações precisas para a escolha do plano.
307029	Não permitirá que o comprador de plano de saúde tenha uma clareza melhor para escolher do produto que melhor lhe atenda. Esclarecimentos que hoje sã dados pelos Consultores Especialistas em Planos de Saude possibilitando ter uma explanação de várias opções para que possam definir o que melhor lhe atenda em termos de Custo X Benefícios. Não dará nenhuma segurança ao cliente para sua compra. Incluindo o pós venda no qual hoje é feito pelo especialista que ajuda o cliente durante todo período de contratação.
307053	O corretor é fundamental na contratação do plano de saúde, fazemos consultoria, muitas vezes ligamos no prestador para eventuais consultas. Recebemo ligações para fazer o pós vendas e auxilio dessa parte tal como ajudar muitas vezes agendar um procedimento. Muitas famílias dependem isso é o nosso trabalho. Grata.
307078	Minha área profissional o qual mantenho minha família, não tirem nosso meio de trabalho!

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307052	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
307052	- “Art. 36. .... II - contrato agregado ao agrupamento: contrato cole□vo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quan□dade de beneficiários estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a regra prevista no parágrafo único deste artigo; .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307052	
307052	II - contrato agregado ao agrupamento: contrato coletivo que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de benefi com menos de 100 (cem) vidas ou quantidade estabelecida pela operadora, desde que observado o caput e § 1º do art. 37 desta Resolução, bem como a prevista no parágrafo único deste artigo;" (NR)

Protocolo	Justificativa
307052	Referência: "b) nos casos em que for utilizado índice de preço não poderá ser utilizado percentual por meta de sinistralidade." Justificativa: No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajus baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.
307052	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed, contratos com até 100 (cem) beneficiários representam 98% do total dos contratos, sendo que contratos com mais de 1.000 (mil) beneficiários representar apenas 0,32%. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estaria vinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307052	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307052	

Protocolo	Justificativa
307052	Referência: "VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamen de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento).” (NR)" Justificativa: Inicialmente entendemos que a agência não deveria exigir que a sinistralidade de mercado fosse considerada como a sinistralidade meta perseguida nos contratos coletivos. Se assim o fizer, estaremos diante de uma grave afronta ao princípio constitucional da livre iniciativa, a lei de liberdade econômica, além promover uma indexação do setor. Considerar que meta seja baseada nas despesas não assistenciais de cada operadora. Pois a sinistralidade mínima imposta pela Agência limitaria a liberda econômica e autonomia das partes em definir a regra que melhor se adeque a sua realidade, dificultando suas estratégias de competitividade e enfraquecer o equilíbrio econômico de muitas delas. Estudos atuariais anexos demonstram que 169 operadoras do mercado possuem despesas não assistenciais acima 25%, sendo 85% de pequeno porte, 68% de médio porte e 16% de grande porte. Desta forma, a margem de resultado para essas operadoras seria zero o negativo com a sinistralidade meta de 75%, afetando 11 milhões de beneficiários (set/2024). Observação: despesas e receitas financeiras não foram consideradas por não serem operacionais e as receitas do grupo 33 somadas tal como considerado no ICSA (Índice Combinado Saúde Ampliado) do monitoramento de risco da ANS. O ganho de escala em uma operadora de pequeno e médio porte não é tão expressivo quanto em operadora de grande porte, logo o percentual de despes não assistenciais nestas operadoras é maior. Portanto, a sinistralidade meta de 75% irá comprometer a capacidade financeira destas. Não deve haver padronização desta sinistralidade nem mesmo com relação ao patamar mínimo. Este patamar é dado pelos carregamentos existentes no contrato ou no preço praticado conforme previstos na Nota técnica de Registro de Produtos (NTRP) onde a sinistralidade meta corresponde a (1 – C), senc “C” o total de carregamento do produto (Despesas Administrativas, Despesas comerciais e margem de resultado esperada). A meta de sinistralidade é o percentual que complementa a margem necessária para que a operadora cubra suas despesas administrativas, comerciais e demais custos, além de assegurar a margem de resultado esperada. Sendo assim, sua definição deriva das necessidades e estratégias individuais de cad operadora, e não o contrário. Além disso, essa meta pode variar entre diferentes contratos, conforme as diretrizes estabelecidas na política interna de subscrição. Por exemplo, a depender do porte da operadora e da região de atuação de planos está poderá ter despesa não assistencial diferente uma da outra. Deste modo, não deve ser previamente estabelecida meta de sinistralidade.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307052	- § 2º Nas hipóteses de cobrança de copar□cipação previstas nos incisos I e II do caput deste ar□go, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.	Alteração
307052	- § 4º O reajuste dos valores con□dos na tabela de referência mencionada no inciso II, bem como do valor fixo definido no inciso III, ambos do caput deste ar□go, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307052	§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não ultrapassar 50% (cinquenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.
307052	§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência ou de valores fixos, mencionados nos incisos II e III do caput desse artigo, estes poderão atualizados anualmente tendo como base o índice máximo de reajuste anual que é definido pela ANS para os planos individuais/familiares e, nos casos contratos coletivos, de acordo com a vontade das partes conforme definido em contrato.

Protocolo	Justificativa
307052	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 162 milhões de reais (4,18%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto só para essas Unimeds será de mais de 4 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aqu que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma regulamentação bem definida trará maior segurança para os atores envolvidos, reduzindo riscos”. A principal implicação dessa imposição de limites de exposição financeira é que as operadoras assumem um risco financeiro maior, pois serão responsáve por absorver a parte do custo que ultrapassar o limite de exposição financeira mensal ou anual de um beneficiário, o que aumenta significativamente seus custos e, consequentemente, a necessidade de agravarem suas mensalidades, gerando efeito nocivo ao mercado, tornando os planos de saúde ainda mai inacessíveis para uma parte significativa da população, ampliando a exclusão do acesso a esses serviços e incentivando a seleção adversa uma vez que somente os beneficiários necessitados tenderão a permanecer no plano. Se levarmos em consideração o aumento de frequência que a proposta de normativa imporá, ao incluir a mudança no comportamento de utilização dos beneficiários, devido as flexibilizações das coparticipações, os impactos nas Cooperativas Médicas de Santa Catarina são ainda mais alarmantes chegando um aumento no custo líquido, e, por consequência, uma redução no resultado líquido de 42,48%, equivalente a R$ 1,66 bilhões. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle da frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar (vez que a própria ANS demonstra o crescimento no número de planos coparticipativos, dando acesso à saúde à população). Portanto, com base nos estudos elaborados, alternativamente e alinhado ao entendimento do STJ (ex.: REsp 1848372, REsp2083936 REsp 2.001.108), be como dentro da vedação de financiamento integral”, entende-se que pode ser estabelecido até 50% do valor do procedimento.
307052	Atualmente a legislação em vigor, especificamente a RN 565, já vincula o reajuste da coparticipação ao reajuste aplicado ao plano individual. Atrelar ao reajuste do contrato do prestador não faz sentido, além de criar uma dificuldade conforme reajuste aplicado para cada prestador. Nos contratos coletivos de prevalecer a vontade das partes, com a devida informação no RPC, tal como já ocorre atualmente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307052	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307052	a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme critério de apuração de sinistralidade d de forma clara e compreensível no contrato, combinado com o índice financeiro também expresso em contrato, que serão apurados em período de doze m consecutivos;

Protocolo	Justificativa
307052	Permitir a manutenção da combinação do reajuste técnico com o reajuste financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todos que participem contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionár da perda do valor da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômicofinanceiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas divers das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. Cláusula sugerida: permissão de combinação do reajuste financeiro e técnico considerando a seguinte fórmula: Reajuste Final = (1+Reajuste Técnico%) x (1+Índice Financeiro%) -1 Reajuste Técnico = Máx [Sin. Observada / Sin. Meta -1 ; 0] Se o objetivo é assegurar transparência e a possibilidade de apuração do índice de reajuste pela pessoa jurídica contratante e beneficiários vinculados, a fórmula acima é de fácil compreensão e pode ser devidamente explicada pelas operadoras aos contratantes inclusive com apoio da ANS. Ademais, os beneficiários vinculados a planos individuais não compreendem a fórmula do cálculo utilizada no reajuste pela ANS e nem por isso o reajuste deixa de ser aplicado. Podemos observar no trecho a seguir do RAIR, “Aumento do preço de entrada para novos contratos: Por outro lado, a dificuldade em realinhar os preços por contrato em função da maior transparência no índice de reajuste, do aumento do agrupamento e d limitação da rescisão contratual unilateral poderá gerar um aumento no preço de entrada dos planos coletivos”. A própria ANS assinala que os preços dos planos de saúde serão majorados e que haverá a redução de número dos beneficiários da saúde suplementar, sobrecarregando a saúde pública e estimular as clínicas populares e o cartão de desconto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307052	- Art. 2º O art. 23 da Resolução Norma□va ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos: “Art. 23. ..... § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307052	§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empr poderá ser rescindido pela operadora mediante comunicação prévia ao contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Protocolo	Justificativa
307052	Nos contratos de plano de saúde coletivo, especialmente aqueles de natureza empresarial, prevalece a autonomia da vontade das partes. Conforme o art. 421 do Código Civil, as partes têm liberdade para contratar, respeitando os limites da função social do contrato. Assim, é possível prever a rescisão imotivada por falta de interesse de uma das partes, a fim de garantir o melhor interesse dos envolvidos. A aplicação da rescisão imotivada em contratos de plano de saúde coletivo é juridicamente válida e necessária para preservar o equilíbrio econômico-financeiro, incentivar a concorrência e respei a autonomia das partes. A liberdade contratual, inclusive, deve permitir que o prazo de rescisão não esteja vinculado à data de aniversário do contrato. O Parecer Nº 770/2008/GECOS/PROGE, no âmbito do Processo nº 33902.118716/2007-32, aborda sobre a relação entre duas Pessoas Jurídicas, com igua poder de negociação. Não se pode olvidar que existem pessoas jurídicas contratantes com porte, estrutura administrativa e financeira superiores a própria operadora, e nem por isso a que se falar em parte hipossuficiente. Enfim, trata-se de uma relação comercial, contratual e baseada na livre iniciativa e na concorrência que a ANS não deveria interferir. Em casos excepcionais como fraudes, a imposição de prazos para aviso prévio e para rescisão contratual poderá agravar ainda mais o prejuízo da contratar ao fomentar uma utilização excessiva e descontrolada do contrato por parte dos beneficiários, cujos impactos terão de ser subsidiados pelos demais beneficiários da carteira da operadora. Além disso, o prazo de 60 dias resultará em dificuldades de gestão de risco, uma vez que a operadora terá que espe dois meses para ajustar sua saúde financeira, prejudicando a liquidez e afetando o fluxo de caixa, especialmente em situações de alta sinistralidade ou aumento inesperado de custos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307052	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307052	

Protocolo	Justificativa
307052	Referência: "V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III)" Justificativa: Entendemos que deve ser mantida a permissão da combinação do reajuste técnico com o financeiro, utilizando uma fórmula de fácil compreensão por todo que participam do contrato coletivo. Os índices em questão visam atender a finalidades distintas e complementares: o objetivo do índice de preço é a recomposição inflacionário da perda do va da moeda nos últimos 12 meses; o reajuste por sinistralidade, por sua vez, diversamente, tem por objetivo recompor o equilíbrio econômicofinanceiro do contrato deficitário e, assim, garantir a sustentabilidade da Operadora e relação do contrato de plano de saúde. As naturezas diversas das figuras jurídicas devem ficar destacadas para assegurar o equilíbrio e em benefício da própria transparência que se pretende existir nas relações assistenciais. O reajuste anual tem por objetivo restaurar o equilíbrio econômicofinanceiro do contrato, sendo, portanto, o resultado da combinação do índice de preço, d reajuste técnico e das variações futuras. A sinistralidade, indicador essencial para as operadoras, reflete a relação entre os custos com a assistência médica as receitas provenientes das mensalidades. O reajuste técnico, com base na meta de sinistralidade, permite às operadoras ajustarem os valores cobrados d beneficiários de acordo com as alterações de risco que não são contempladas pelo reenquadramento etário e demais componentes do reajuste anual. Por sua vez, o reajus pelo índice de preços assegura a atualização dos custos gerais da operação, em conformidade com a inflação, cumprindo o princípio atuarial da “preservaç do poder aquisitivo no tempo (valor monetário)”. Além disso, as variações futuras consideram as expectativas de impacto sobre os custos assistenciais para próximo período contratual, levando em conta fatores como oscilações na demanda, atualizações no Rol de Procedimentos e a introdução de novas tecnologias. A limitação do reajuste, sem a possibilidade de acumulação, obriga as operadoras a escolherem entre ajustar os preços com base na inflação geral ou cor base na sinistralidade, o que não refletirá adequadamente a realidade financeira de todos os contratos. Essa limitação gerará dificuldades financeiras, resultando em prejuízos e comprometendo a viabilidade financeira dos contratos das operadoras. Ao se aplicar exclusivamente o reajuste por sinistralidade, deixa-se de restabelecer a projeção do aumento de custos para o período seguinte e a necessár correção monetária das mensalidades. Assim, somente uma parte da necessidade de reequilíbrio contratual é atendida, o que acarretará o acúmulo do índi de preços para o período seguinte, perpetuando um ciclo de reajustes anuais e aumentando a sinistralidade do contrato.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307052	- Art. 27. ..... I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas n	Exclusão
307052	- “Art. 40. .... § 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição Minuta de Norma - Reajuste Coletivo (31142938) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 2 de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes tiverem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. ..... § 7º Para fins da apuração do percentual de reaju	Exclusão
307052	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307052	
307052	
307052	Alterar: Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos empresariais adesão com menos de cem vidas. Incluir Parágrafo: § 1º -A. As operadoras de médio e grande porte poderão estabelecer número de vidas maior para fins de agrupamento.

Protocolo	Justificativa
307052	Referência: "a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser utilizado índice de preço; e" Justificativa: No que se refere ao reajuste financeiro, inicialmente devem ser considerados a inclusão de índices setoriais públicos (subíndices) e oficiais do setor de saú nos cálculos de reajuste, tendo em vista que atualmente esses subíndices não são considerados. Além disso, caso a ANS não considere os subíndices, limit a 3 ou 4 índices oficiais que não refletem a variação dos custos médicos hospitalares. Para o reajuste técnico, seria buscar o equilíbrio financeiro quando a sinistralidade dos últimos 12 meses está acima da meta. Sabendo, que este modelo retrospectivo não seja suficiente para garantir aumento das despesas assistenciais futuras que possam ocorrer. Ainda deve-se avaliar a diferença de reajus baseados na meta por sinistralidade separando o porte da operadora.
307052	Considerado que já existe mutualismo pré-estabelecido na condição de estipulante do contrato que o administra, a condição imposta na normativa prejudica livre concorrência do mercado à medida que incorpora ao agrupamento contratos com perfis de risco distintos, bem como conflita com a própria finalidade d existência da administradora de benefícios.
307052	O número mínimo de 1000 vidas proposto pela ANS trará problemas operacionais para as operadoras, tais como cancelamentos e renegociações contratua em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Para se ter uma ideia, no Sistema Unimed,98% d contratos coletivos possuem entre 0 e 100 vidas. Acima de 1.000 vidas, temos apenas 32% dos contratos. Estudos atuariais (anexos) mostram que no Sistema Unimed Mineiro (29 operadoras e 750 mil beneficiários em contratos coletivos), a manutenção de 100 vidas proposta pela ANS acarretará o incremento de 4,84 p.p. na sinistralidade (set/24 a ago/25). 80% da receita estariavinculada ao pool de risco e 11 operadoras teriam todos os seus contratos agrupados em reajuste único. Solicita-se que a ANS avalie e conteste os números constantes no estudo anexo Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307052	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão
307052	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
307052	- “Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. § 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos cole□vos empresariais com mil ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quan□dade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento. .....” (NR)	Alteração
307052	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307052	
307052	
307052	§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos empresariais com 100 (cem) ou mais beneficiários agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a s considerada para a formação do agrupamento.
307052	

Protocolo	Justificativa
307052	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processua e judiciais.
307052	Referência: "Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando hou alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação." Justificativa: Em conformidade com o princípio constitucional vigente, especificamente o inciso XXVI do artigo 5º da CF/88 (“a lei não prejudicará o direito adquirido, o at jurídico perfeito e a coisa julgada”), entende-se que a retroatividade da norma causará uma total insegurança jurídica, judicialização e prejuízos financeiros incalculáveis às operadoras. Não há cálculo atuarial que resista a uma mudança de posicionamento desta natureza, portanto, aos contratos vigentes dever ser mantidas as regras atuais, possibilitando a negociação e alteração de critérios, sem vincular a aplicação das novas regras, até porque as contratantes pessoas jurídicas podem não concordar, colocando a operadora em situação prejudicial frente ao órgão regulador. Destaca-se ainda que, o aumento de custos dos planos decorrentes da redução de percentual, valores e de limitações de coparticipação, bem como as isenções propostas, não caracterizam um reajuste, mas readequação de preço decorrente da revisão dos produtos impostos pela norma. Reajustes são correções de valores, mantendo-se as características do produto.
307052	Recomenda-se que a ANS adote a diferenciação por porte de operadora, para equilibrar a diluição de riscos com o poder de negociação das operadoras menores. A não diferenciação por porte poderá criar problemas operacionais para as empresas, tais como cancelamentos e renegociações contratuais em massa, potencialmente desconstruindo o pool de risco e não alcançando o equilíbrio atuarial desejado. Entende-se ser necessário o aumento do número mínimo de vidas atualmente previsto, para aumentar a diluição do risco com mais participantes. A sugestã que seja adotado um número mínimo de 100 vidas para contratos coletivos empresariais, podendo as operadoras de maior porte adotar outro número de vid condizente com a grandeza dos seus contratos. A manutenção de um campo de negociação entre operadoras e empresas é fundamental para a saúde do mercado e atenção à liberdade econômica enqua pilar constitucional. Incrementar dessa forma extensa o grupo de empresas que estariam dentro do grupo de contratos para cálculo uniforme dos reajustes faria com que as empresas deixassem de ter interesse tão direto na contenção dos custos assistenciais, em prejuízo do mercado com um todo.
307052	O STF, na ADPF 532, ao tratar da RN 433, já definiu não ser competência de a ANS dispor sobre mecanismo financeiro de regulação, cabendo ao CONSU essa deliberação. Portanto, a insistência da ANS em disciplinar a matéria, contrariando posicionamento do STF certamente encontrará obstáculos processua e judiciais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307052	2025-02-08 15:50:56	Operadora
307081	2025-02-08 16:03:59	Consultoria
307083	2025-02-08 16:22:08	Operadora
307083	2025-02-08 16:22:08	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307052	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
307081	- Art. 2º da RN nº 413, de 2016	Exclusão
307083	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
307083	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307052	
307081	
307083	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
307083	

Protocolo	Justificativa
307052	A redação deve ser excluída uma vez adotado o modelo de coparticipação sugerido. Para que haja transparência e previsibilidade para todos os participantes, entretanto, defendemos que o modelo em que o contrato estabeleça percentual p procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superio R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. Assim, sugere-se a exclusão do dispositivo.
307081	Com a consultoria que não é apenas meu Trabalho, mas também eu amo o que faço e faço de Coração, Levar para as pessoas a conscientização de que n é apenas necessário mas a prevenção é super importante apra todos, existem milhares de pessoas que nem se quer sabem utilizar a Internet e etc. Então c a venda dos Planos eu não apenas estou finalizando a minha casa,mas também realizando sonhos que para mim não seria possível aos meus olhos. Levar melhor e sabendo que também estou levando e conscientizando as pessoas a se cuidarem é ainda mais Gratificante para mim. Por esses motivos eu sou totalmente contra a retirada dos nosso trabalhos, Atenciosamente: Ideltruzia Amaral.
307083	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.
307083	Referência: "III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica." Justificativa: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307083	2025-02-08 16:22:08	Operadora
307083	2025-02-08 16:22:08	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307083	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
307083	- Art. 6º A ANS definirá em Instrução Norma□va como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307083	
307083	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
307083	Referência: "I- a operadora deve apresentar desequilíbrios econômicofinanceiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades;" Justificativa: Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrantes do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/2 muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério de elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemente superior à média geral. Além disso, observa-se qu os contratos coletivos acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo de regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da proposta apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômicofinanceiros que ameacem sua solvência), a sinistralidade tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão ma elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhu dos períodos, pois a maior sinistralidade está em 83%. Isso ocorre em decorrência do financiamento dos planos coletivos.
307083	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugerese que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307083	2025-02-08 16:22:08	Operadora
307083	2025-02-08 16:22:08	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307083	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
307083	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307083	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat
307083	

Protocolo	Justificativa
307083	É fundamental que o Instrumento de Revisão Técnica também considere os “planos não regulamentados”. É sabido pelo Órgão Regulador que muitas Operadoras de Planos de Saúde ainda gerenciam o risco de subscrição de mútuos com tais características, desbravando desafios como a insuficiência de receita de contraprestação, o envelhecimento populacional da massa segurada e o consequente aumento dos custos assistenciais. Este cenário implica na sobreposição das despesas assistenciais em face das receitas percebidas, gerando prejuízos econômicos significativos e resultando na necessidade de subsídios cruzados entre planos regulamentados para manutenção de planos antigos. Ato contínuo, para ilustrar essa realidade, a Cooperativa Médica Unimed Sergipe possui aproximadamente 64% da sua carteira composta por planos individuais e/ou familiares. Dentro desse universo populacional, 4,5 pontos percentuais (cerca de 3.800 vidas) correspondem a Planos não Regulamentado cuja idade média é de 56 anos. Além disso, 51% dessas vidas estão na última faixa etária regulamentar (59 anos ou mais). Por fim, se o Instrumento de Revisão Técnica não contemplar essa realidade mutualística, operadoras como a Unimed Sergipe — e tantas outras que atend populações com esse perfil de risco — continuarão enfrentando altos índices de sinistralidade; sem um reajuste técnico adequado, a sustentabilidade atuar dessas carteiras permanecerá comprometida, impactando diretamente a qualidade e continuidade do atendimento desta população e a geração de resultad positivos de planos regulamentados
307083	Referência: "I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade online;" Justificativa: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307083	2025-02-08 16:22:08	Operadora
307083	2025-02-08 16:22:08	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307083	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
307083	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307083	
307083	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.

Protocolo	Justificativa
307083	Referência: "III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar." Justificativa: Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, por meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formação inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operadora, torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. Há um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, região com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos viola princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigo contratos em que as contraprestações não são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.
307083	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sobre Nota Atuari de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de um carteira de planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307083	2025-02-08 16:22:08	Operadora
307096	2025-02-08 16:26:23	Interessados no tema

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307083	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
307096	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307083	
307096	

Protocolo	Justificativa
307083	Referência: "Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas." Justificativa: Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo le a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim, importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais.
307096	Essa normativa de vendas online sem o contato com o corretor e o profissional de vendas vai tirar empregos de pessoas que dependem para sobreviver, e muitas familias serão prejudicadas se essa normatova passar, espero que não acontecça, o que será que irá acontecer com esses profissionais, não podem deixar passar, vamos contar com acessibilidade de todos envolvidoa que não deixei essa normativa passar, não quero sofre vendo amigos e parentes sem ganha pão.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307095	2025-02-08 16:29:06	Operadora
307099	2025-02-08 16:30:03	Interessados no tema
307103	2025-02-08 16:32:42	Interessados no tema
307091	2025-02-08 16:34:53	Interessados no tema

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307095	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
307099	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
307103	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
307091	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307095	
307099	
307103	
307091	

Protocolo	Justificativa
307095	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar condicionado ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, uma vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausência de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusive co criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicaç obrigatória de perícia médica em cidades diversas. Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresariais por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-se que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência c forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultanc ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto deve continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligadas com fraudes e prejuízo financeiros.
307099	Não concordo com essa mudança visto que irá prejudicar inumeros trabalhadores que contribuem diariamente com os planos de saúde, sem contar que mui familias incluindo familiiares meus dependem dos corretores para sua sobrevivência. É DE SUMA IMPORTÂNCIA QUE OS VENDEDORES CONTINUEM ATIVOS!!!
307103	é um absurdo uma mudançã dessa, além de tirar o ganha pão de in´´úmeros trabalhadores irá diminuir além de tudo o proprio beneficio dos planos de saúc que lucram muito através desses corretores.
307091	ESPERO QUE NÃO SEJA APROVADO ESSA NORMATIVA QUE EXCLUI OS VENDEDORES DE PLANO DE SAÚDE, PORQUE MUITAS FAMILIAS SERÁ PREJUDICADAS, vOCES TEM QUE ENTENDER QUE VENDAS FEITO ATRAVÉS DO CORRETOR, GERA CONFIANÇA E VINCULO COM AS PESSOA ESPERO QUE NÃO MUDE, NÃO PODEMOS DEIXAR FAMILIAS DESAMPARADAS POR UMA ATITUDE QUE SÓ VAI PREJUDICAR PESSOAS.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307100	2025-02-08 16:37:48	Consultoria
307106	2025-02-08 16:48:25	Interessados no tema
307107	2025-02-08 16:53:22	Interessados no tema
307109	2025-02-08 17:03:11	Consultoria
307111	2025-02-08 17:10:23	Consultoria
307113	2025-02-08 17:26:31	Outro
307115	2025-02-08 17:40:59	Interessados no tema

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307100	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307106	- Art. 1º O art. 2º, da Resolução Norma□va nº 413, de 11 de novembro de 2016, passa a vigorar com a seguinte redação:	Exclusão
307107	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307109	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307111	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307113	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307115	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307100	
307106	
307107	
307109	
307111	
307113	
307115	

Protocolo	Justificativa
307100	A venda on-line não irá atender as necessidades do cliente. Já existem alguns canais de venda operando dentro das operadora trazendo malefícios para o usuários. O corretor está preparado para acompanhar todo o processo de informações, vendas e acompanhamento pós venda.
307106	ESPERO QUE NÃO SEJA APROVADA ESSA NORMATIVA, FAÇO PARTE DO GRUPO DE CORRETORES QUE FAZ VENDAS PARA COMPLEMENTAR RENDA, ESPERO QUE POSSAR CONTINUAR.
307107	Acredito que em se tratando de saúde é preciso que a pessoa que contrata o plano tenha o máximo de informações possíveis e que possa comparar com outras operadoras, acredito que um profissional capacitado é necessário para aconselhar e tirar dúvidas e permitir que o usuário tenha um bom atendimento não se sinta lesado ou desamparado no momento que necessitar de um serviço prestado por um plano de saúde.
307109	A inexistência de um profissional habilitado(corretor) para esclarecer aos contratantes acerca de todos os seus direitos e obrigações irá cercear os direitos d beneficiários. Hoje o processo é muito longo, às pessoas tem muitas dúvidas acerca da contratação, pois, estão submetendo suas vidas àquele contrato, o q pode lhe causar sérios problemas posteriores, gerando um aumento nas demandas judiciais, pois, os mesmos alegaçrão, e com razão, desconhecimento d restrições por que venham a estar sujeitos num momento crucial de sua vida.
307111	O corretor hoje exerce função fundamental no esclarecimento de informações acerca das coberturas assistenciais que o contratante tem direito. Sem essa informações ele não vai ter noção da cobertura plena do plano.
307113	A exclusão do profissional corretor de planos de saúde deixará milhares de beneficiários desamparados de informações e impossibilitados de uma boa escolha, além disso tirará o sustento de milhares de corretores honestos que precisam sustentar suas famílias. Esse artigo não faz o menor sentido.
307115	Muito errado a questão da ANS querer tirar de nós corretores o direito de ganhar o nosso dinheiro que tanto ajuda milhões de corretores a sustentar as sua famílias. Cada um de nós fazemos o nosso trabalho da melhor forma possível, trazendo ao cliente confiança e transparência para poder levar alimentos a mesa e pagar nossas contas dignamente. Peço que revejam essa ideia inusitada por favor ,pois vcs terão milhões de mães de família e pais de família desempregados e sofrendo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307120	2025-02-08 17:47:53	Interessados no tema
307119	2025-02-08 17:49:33	Consultoria
307125	2025-02-08 17:53:10	Interessados no tema
307130	2025-02-08 17:58:49	Interessados no tema

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307120	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307119	- Art. 9º Os planos da operadora ofertados para contratação eletrônica deverão ser ofertados também presencialmente por pelo menos 12 (doze) meses, a partir da vigência desta Resolução. Minuta de Norma - Venda online - RN 413/2016 alterada (31143600) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 § 1º Não se aplica a regra descrita no caput para os casos em que a operadora ofertar a contratação eletrônica para a totalidade dos planos de uma mesma segmentação assistencial prevista na Lei nº 9.656, de 1998. § 2º Excetua-se a regra do caput aos planos da segmentação odontológica.	Exclusão
307125	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307130	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307120	
307119	
307125	
307130	

Protocolo	Justificativa
307120	Corretor de plano de Saúde é uma profissão e como tal deve ser valorizada,não deve ser extinta! Pessoas que querem cuidar de sua saúde precisam de pessoas e não de máquinas para lhe auxiliar nas decisões e em suas dúvidas. Não concordo com a extinção do profissional CORRETOR DE PLANOS DE SAÚDE OU SEGUROS. Nós corretores, somos profissionais e levamos sustento para nossas famílias. A ANS TEM QUE REVER ESSA IDEIA. Ajudamos para que a economia cresç querem acabar com nossa existência. Somos profissionais e precisamos trabalhar, precisamos da nossa profissão. Não podemos aceitar isso e ficar como números na fila do desemprego, nas estatísticas. Temos família para sustentar. SIM AO PROFISSIONAL QUE FAZ A CORRETAGEM E CONSULTORIA AOS SEUS CLIENTES.
307119	A contratação on LINE não ajuda de maneira prática o cliente que na maioria das vezes não tem conhecimento.
307125	Primeiro quero pontuar a questão de vàrias pessoas , que levam o pão de cada dia a mesa. E seriam tantas pessoas desempregadas. E venho pontuar claramente o trabalho de um corretor , que tem a função de dà a melhor opção ao cliente , visando o custo benefìcio do mesmo , dando tod suporte logo a pós a venda , como indicações dos locais que estejam perto dele , suporte em boletos (pois muitos deles não sabem) , tirar qualquer dùvid dele na hora que ele precisa (manhã , tarde e noite) . Sempre estamos a disposiçao dos nossos clientes. Ou seja , o corretor é o melhor intermediário para bem estar do cliente.
307130	Gostaria primeiramente de mostrar minha indignação total em relação a ANS em descartar os corretores nós profissionais os quais exercemos nossas funçõ da melhor maneira possível mães e pais de família prontos a exercer o nosso trabalho com os clientes com o pós-venda como pode fazer conosco como s fossemos um copo descartável amassar e jogar no lixo isso está errado os clientes precisam de nós e nós precisamos dos clientes mandamos boletos carteirinhas damos indicação de locais de atendimento muita das vezes marcamos a consulta para o nosso cliente e agora somos jogados de lado o que é is ANS creio que esteja faltando um pouco de empatia da parte de vocês para com todos os corretores do Brasil vocês já pensaram na quantidade de corretor desempregado sem ter como levar o pão a mesa e muito menos sem poder pagar nossas contas a maioria com idades avançadas porque desde novos aprendemos a vender o nosso trabalho é vender são nossos clientes e agora o que será de nós ficamos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307133	2025-02-08 18:06:15	Interessados no tema

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307133	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307133	

Protocolo	Justificativa
307133	A venda de planos de saúde é um setor que exige não apenas conhecimento técnico, mas também uma abordagem humanizada e personalizada. Nesse contexto, os corretores desempenham um papel fundamental, tanto para os vendedores quanto para os clientes. A presença desses profissionais traz uma série de benefícios que tornam o processo de aquisição de um plano de saúde mais eficiente e seguro.Em primeiro lugar, os corretores são especialistas n mercado de saúde. Eles possuem um conhecimento aprofundado sobre as diferentes opções de planos. disponíveis, suas coberturas, exclusões .... A Importância do Atendimento de Corretores de Planos de Saúde A aquisição de um plano de saúde é uma decisão crucial que impacta diretamente a qualidade de vida e a segurança financeira de um indivíduo ou família Nesse contexto, o papel dos corretores de planos de saúde se torna fundamental. Esses profissionais não apenas facilitam o processo de compra, mas também oferecem um atendimento especializado que é essencial para garantir que os clientes façam escolhas informadas e adequadas às suas necessidad Uma das principais razões para a importância do atendimento dos corretores é o conhecimento técnico que eles possuem sobre o mercado de saúde. Os planos de saúde variam amplamente em termos de cobertura, rede de atendimento, carências e custos. Os corretores são capacitados para explicar essas diferenças de forma clara e acessível, ajudando os clientes a entenderem as opções disponíveis. Sem essa orientação, muitos consumidores poderiam se sentir sobrecarregados pela quantidade de informações e acabar escolhendo um plano que não atende às suas necessidades específicas. Além disso, os corretores atuam como intermediários entre os clientes e as operadoras de saúde. Essa função é vital, pois eles ajudam a esclarecer dúvida negociar condições e facilitar a comunicação. Quando um cliente tem uma questão ou um problema com seu plano, o corretor é a pessoa que pode interced em seu nome, garantindo que suas preocupações sejam ouvidas e tratadas. Essa assistência não só melhora a experiência do cliente, mas também fortalec relação de confiança entre o corretor e o consumidor. Outro aspecto importante é a personalização do atendimento. Cada cliente tem necessidades únicas, que podem variar de acordo com fatores como idade histórico de saúde e preferências pessoais. Os corretores são treinados para ouvir atentamente e entender essas necessidades, oferecendo soluções personalizadas que se alinham com as expectativas do cliente. Essa abordagem individualizada é essencial, pois um plano de saúde deve ser adaptado à realidade de cada pessoa, e não uma solução genérica. A ética e a transparência também são pilares fundamentais do trabalho dos corretores. Eles têm a responsabilidade de apresentar todas as informações d forma clara e honesta, evitando surpresas desagradáveis no futuro. Em um setor tão sensível quanto o da saúde, onde decisões equivocadas podem ter consequências sérias, essa transparência é crucial para que os clientes se sintam seguros em suas escolhas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307140	2025-02-08 18:12:50	Interessados no tema
307144	2025-02-08 18:22:47	Interessados no tema
307149	2025-02-08 18:24:03	Prestador
307152	2025-02-08 18:35:48	Interessados no tema

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307140	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307144	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307149	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
307152	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307140	
307144	
307149	
307152	

Protocolo	Justificativa
307140	Venho por meio deste, deixar minha indignação, em ver que mesmo na atual situação do País , está existindo por parte da ANS, a pretensão de acabar com ferramenta mais importante numa venda , onde o mais importante é o contato pessoal do vendedor e o cliente, pois este contato pessoal jamais conseguirá abatido com sucesso em forma de venda online , irá apenas haver sim uma grande baixa em vendas por vários motivos, incluindo que muitos clientes são convencidos a adquirir um plano de saúde , justamente pelo vendedor no ato da venda expor toda necessidade, e importância de se ter um plano de saúde sem falar que a maioria da população , além de não se sentir esclarecida por venda em sites , se sentem seguros em ter um pós venda rápido ao contactar s vendedor , muitos não vão nem saber adquirir , e não se sentirão seguros , o contato pessoal e a busca ao cliente faz toda diferença neste seguimento. Teremos também milhares de mais desempregados, vcs terão uma baixa na venda que não compensará a economia “talvez “ que estejam esperando, e si um grande prejuízo que virá acontecer , digo isto sem medo de errar . Esta intenção de retirar o vendedor da venda direta ao consumidor, num produto onde existe muitas explicações exigidas pelo comprador , e muita manobr em convencer ao cliente , em poder escolher qual produto , seja por preço , ou credenciamento no ato da aquisição, jamais dará certo , apenas , e digo sen errar haverá uma diminuição nas vendas que não compensará a economia. A busca ao cliente , o convencimento ao cliente , as dúvida sobre o produto , jamais terão menos importância se comparando a apenas uma simples propaganda, O VENDEDOR pessoalmente com o cliente , é e sempre será o maio responsável no sucesso das operadoras . Um exemplo : as vezes alguém não pretende adquirir mais o vendedor em suas buscas a vendas , encontram e convencem estas pessoas , que com certeza não iriam buscar em internet , informática , ou simples propagandas , o contato pessoal é e sempre será nest produto o MAIOR responsável pelo sucesso da venda seja lá de qualquer operadora , até da que mais fizer grandes propagandas, que podem não serem alcançadas ao conhecimento do cliente , NÃO HÁ NADA QUE SUBSTITUA , o contato e o encontrar e convencer os clientes do que um vendedor , sinto diz que como o ditado diz , SERÁ UM TIRO NO PÉ, se isto vier a acontecer , o prejuízo será maior do que acham que hoje gastam nas comissões , pois estas comissões são INVESTIMENTOS, e não gastos.
307144	o vendedor autônomo ele é muito importante para um operadora e busca seus clientes de porta a porta online e a gente dá suporte aos clientes e já faz ma de 20 anos que eu trabalho nesse ramo
307149	•Milhares de pessoas ficarão sem renda, pois os corretores sustentam suas famílias com as vendas de planos de saúde; •A venda de planos de saúde é totalmente consultiva, requer muitas explicações, esclarecimentos de dúvidas, etc. Impossível de serem esclarecidas por atendimento remoto com “Robôs”, e as Operadoras não tem estruturas para uma venda de qualidade. etc
307152	Venho por meio desta pequena linhas para pedir, ajudar dessa equipe da A.N.S que possa ajudar a todos nós Corretores que vivermos do nosso trabalho r sol, chuva, poeira para ganhar o nosso pão de cada dia eu pago aluguel com esse trabalho contas a minha mãe e doente tenho que sempre ajudar, peço q vcs tenha a cinciencia e nus ajudem para continuar ganhando nosso Pão de cada dia agradeço a compreensão de todos que Deus abençoe!!!

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307154	2025-02-08 18:38:45	Interessados no tema
307159	2025-02-08 18:52:03	Interessados no tema

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307154	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307159	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307154	
307159	

Protocolo	Justificativa
307154	Gostaria de expressar minha preocupação em relação à postura da ANS em relação aos corretores de seguros, profissionais que sempre se dedicaram a exercer suas funções com seriedade e compromisso. Somos trabalhadores que, além de atender às necessidades dos clientes, também atuamos no pós venda, realizando diversas tarefas essenciais, como o envio de boletos, fornecimento de carteirinhas, indicação de locais de atendimento e até mesmo agendamento de consultas. No entanto, é com grande apreensão que observamos a situação atual, em que a nossa atuação tem sido desconsiderada. Esse cenário gera incertezas, especialmente para muitos corretores, que enfrentam dificuldades para manter a estabilidade financeira, levando em consideração que uma grande parte d categoria já se encontra em uma fase da vida mais avançada, com anos de experiência, mas sem alternativas imediatas de requalificação. É importante ressaltar que os corretores desempenham um papel vital no relacionamento entre as seguradoras e os clientes. Acredito que um diálogo mai aberto e uma reflexão mais empática por parte da ANS são necessários para garantir que a categoria continue sendo valorizada, com condições adequada para o exercício de suas funções. Diante disso, gostaria de solicitar uma análise cuidadosa dessa situação, buscando soluções que atendam às necessidad de todos os envolvidos, de maneira justa e equilibrada.
307159	Venho por meio deste, deixar minha indignação, em ver que mesmo na atual situação do País , está existindo por parte da ANS, a pretensão de acabar com ferramenta mais importante numa venda , onde o mais importante é o contato pessoal do vendedor e o cliente, pois este contato pessoal jamais conseguirá abatido com sucesso em forma de venda online , irá apenas haver sim uma grande baixa em vendas por vários motivos, incluindo que muitos clientes são convencidos a adquirir um plano de saúde , justamente pelo vendedor no ato da venda expor toda necessidade, e importância de se ter um plano de saúde sem falar que a maioria da população , além de não se sentir esclarecida por venda em sites , se sentem seguros em ter um pós venda rápido ao contactar s vendedor , muitos não vão nem saber adquirir , e não se sentirão seguros , o contato pessoal e a busca ao cliente faz toda diferença neste seguimento.Teremos também milhares de mais desempregados, vcs terão uma baixa na venda que não compensará a economia “talvez “ que estejam esperando, e sim um grande prejuízo que virá acontecer , digo isto sem medo de errar . Esta intenção de retirar o vendedor da venda direta ao consumidor, num produto onde existe muitas explicações exigidas pelo comprador , e muita manobr em convencer ao cliente , em poder escolher qual produto , seja por preço , ou credenciamento no ato da aquisição,jamais dará certo , apenas , e digo ser errar haverá uma diminuição nas vendas que não compensará a economia. A busca ao cliente , o convencimento ao cliente , as dúvida sobre o produto , jamais terão menos importância se comparando a apenas uma simples propaganda, O VENDEDOR pessoalmente com o cliente , é e sempre será o maio responsável no sucesso das operadoras . Um exemplo : as vezes alguém não pretende adquirir mais o vendedor em suas buscas a vendas , encontram e convencem estas pessoas , que com certeza não iriam buscar em internet , informática , ou simples propagandas , o contato pessoal é e sempre será nest produto o MAIOR responsável pelo sucesso da venda seja lá de qualquer operadora , até da que mais fizer grandes propagandas, que podem não serem alcançadas ao conhecimento do cliente , NÃO HÁ NADA QUE SUBSTITUA , o contato e o encontrar e convencer os clientes do que um vendedor , sinto diz que como o ditado diz , SERÁ UM TIRO NO PÉ, se isto vier a acontecer , o prejuízo será maior do que acham que hoje gastam nas comissões , pois esta comissões são INVESTIMENTOS, e não gastos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307160	2025-02-08 18:54:57	Interessados no tema
307161	2025-02-08 18:57:29	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307160	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307161	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307160	
307161	

Protocolo	Justificativa
307160	Venho por meio deste, deixar minha indignação, em ver que mesmo na atual situação do País , está existindo por parte da ANS, a pretensão de acabar com ferramenta mais importante numa venda , onde o mais importante é o contato pessoal do vendedor e o cliente, pois este contato pessoal jamais conseguirá abatido com sucesso em forma de venda online , irá apenas haver sim uma grande baixa em vendas por vários motivos, incluindo que muitos clientes são convencidos a adquirir um plano de saúde , justamente pelo vendedor no ato da venda expor toda necessidade, e importância de se ter um plano de saúde sem falar que a maioria da população , além de não se sentir esclarecida por venda em sites , se sentem seguros em ter um pós venda rápido ao contactar s vendedor , muitos não vão nem saber adquirir , e não se sentirão seguros , o contato pessoal e a busca ao cliente faz toda diferença neste seguimento.Teremos também milhares de mais desempregados, vcs terão uma baixa na venda que não compensará a economia “talvez “ que estejam esperando, e sim um grande prejuízo que virá acontecer , digo isto sem medo de errar . Esta intenção de retirar o vendedor da venda direta ao consumidor, num produto onde existe muitas explicações exigidas pelo comprador , e muita manobr em convencer ao cliente , em poder escolher qual produto , seja por preço , ou credenciamento no ato da aquisição,jamais dará certo , apenas , e digo ser errar haverá uma diminuição nas vendas que não compensará a economia. A busca ao cliente , o convencimento ao cliente , as dúvida sobre o produto , jamais terão menos importância se comparando a apenas uma simples propaganda, O VENDEDOR pessoalmente com o cliente , é e sempre será o maio responsável no sucesso das operadoras . Um exemplo : as vezes alguém não pretende adquirir mais o vendedor em suas buscas a vendas , encontram e convencem estas pessoas , que com certeza não iriam buscar em internet , informática , ou simples propagandas , o contato pessoal é e sempre será nest produto o MAIOR responsável pelo sucesso da venda seja lá de qualquer operadora , até da que mais fizer grandes propagandas, que podem não serem alcançadas ao conhecimento do cliente , NÃO HÁ NADA QUE SUBSTITUA , o contato e o encontrar e convencer os clientes do que um vendedor , sinto diz que como o ditado diz , SERÁ UM TIRO NO PÉ, se isto vier a acontecer , o prejuízo será maior do que acham que hoje gastam nas comissões , pois estas comissões são INVESTIMENTOS, e não gastos.
307161	O usúario não terá uma visão imparcial sobre a operadora, limitando ao funcionario da operadora que dira apenas o que lhe convir, visando manter seu emprego.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307163	2025-02-08 18:57:34	Interessados no tema

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307163	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307163	

Protocolo	Justificativa
307163	Venho por meio deste, deixar minha indignação, em ver que mesmo na atual situação do País , está existindo por parte da ANS, a pretensão de acabar com ferramenta mais importante numa venda , onde o mais importante é o contato pessoal do vendedor e o cliente, pois este contato pessoal jamais conseguirá abatido com sucesso em forma de venda online , irá apenas haver sim uma grande baixa em vendas por vários motivos, incluindo que muitos clientes são convencidos a adquirir um plano de saúde , justamente pelo vendedor no ato da venda expor toda necessidade, e importância de se ter um plano de saúde sem falar que a maioria da população , além de não se sentir esclarecida por venda em sites , se sentem seguros em ter um pós venda rápido ao contactar s vendedor , muitos não vão nem saber adquirir , e não se sentirão seguros , o contato pessoal e a busca ao cliente faz toda diferença neste seguimento.Teremos também milhares de mais desempregados, vcs terão uma baixa na venda que não compensará a economia “talvez “ que estejam esperando, e sim um grande prejuízo que virá acontecer , digo isto sem medo de errar . Esta intenção de retirar o vendedor da venda direta ao consumidor, num produto onde existe muitas explicações exigidas pelo comprador , e muita manobr em convencer ao cliente , em poder escolher qual produto , seja por preço , ou credenciamento no ato da aquisição,jamais dará certo , apenas , e digo ser errar haverá uma diminuição nas vendas que não compensará a economia. A busca ao cliente , o convencimento ao cliente , as dúvida sobre o produto , jamais terão menos importância se comparando a apenas uma simples propaganda, O VENDEDOR pessoalmente com o cliente , é e sempre será o maio responsável no sucesso das operadoras . Um exemplo : as vezes alguém não pretende adquirir mais o vendedor em suas buscas a vendas , encontram e convencem estas pessoas , que com certeza não iriam buscar em internet , informática , ou simples propagandas , o contato pessoal é e sempre será nest produto o MAIOR responsável pelo sucesso da venda seja lá de qualquer operadora , até da que mais fizer grandes propagandas, que podem não serem alcançadas ao conhecimento do cliente , NÃO HÁ NADA QUE SUBSTITUA , o contato e o encontrar e convencer os clientes do que um vendedor , sinto diz que como o ditado diz , SERÁ UM TIRO NO PÉ, se isto vier a acontecer , o prejuízo será maior do que acham que hoje gastam nas comissões , pois esta comissões são INVESTIMENTOS, e não gastos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307166	2025-02-08 19:00:28	Interessados no tema
307167	2025-02-08 19:03:09	Interessados no tema
307195	2025-02-08 19:53:15	Profissional de saúde
307200	2025-02-08 20:17:09	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307166	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
307167	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307195	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307200	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307166	
307167	
307195	
307200	

Protocolo	Justificativa
307166	Venho por meio deste, deixar minha indignação, em ver que mesmo na atual situação do País , está existindo por parte da ANS, a pretensão de acabar com ferramenta mais importante numa venda , onde o mais importante é o contato pessoal do vendedor e o cliente, pois este contato pessoal jamais conseguirá abatido com sucesso em forma de venda online , irá apenas haver sim uma grande baixa em vendas por vários motivos, incluindo que muitos clientes são convencidos a adquirir um plano de saúde , justamente pelo vendedor no ato da venda expor toda necessidade, e importância de se ter um plano de saúde sem falar que a maioria da população , além de não se sentir esclarecida por venda em sites , se sentem seguros em ter um pós venda rápido ao contactar s vendedor , muitos não vão nem saber adquirir , e não se sentirão seguros , o contato pessoal e a busca ao cliente faz toda diferença neste seguimento. Teremos também milhares de mais desempregados, vcs terão uma baixa na venda que não compensará a economia “talvez “ que estejam esperando, e si um grande prejuízo que virá acontecer , digo isto sem medo de errar . Esta intenção de retirar o vendedor da venda direta ao consumidor, num produto onde existe muitas explicações exigidas pelo comprador , e muita manobr em convencer ao cliente , em poder escolher qual produto , seja por preço , ou credenciamento no ato da aquisição, jamais dará certo , apenas , e digo ser errar haverá uma diminuição nas vendas que não compensará a economia. A busca ao cliente , o convencimento ao cliente , as dúvida sobre o produto , jamais terão menos importância se comparando a apenas uma simples propaganda, O VENDEDOR pessoalmente com o cliente , é e sempre será o maio responsável no sucesso das operadoras . Um exemplo : as vezes alguém não pretende adquirir mais o vendedor em suas buscas a vendas , encontram e convencem estas pessoas , que com certeza não iriam buscar em internet , informática , ou simples propagandas , o contato pessoal é e sempre será nest produto o MAIOR responsável pelo sucesso da venda seja lá de qualquer operadora , até da que mais fizer grandes propagandas, que podem não serem alcançadas ao conhecimento do cliente , NÃO HÁ NADA QUE SUBSTITUA , o contato e o encontrar e convencer os clientes do que um vendedor , sinto diz que como o ditado diz , SERÁ UM TIRO NO PÉ, se isto vier a acontecer , o prejuízo será maior do que acham que hoje gastam nas comissões , pois estas comissões são INVESTIMENTOS, e não gastos.
307167	Sou contra a extinção do principal personagem para ocorrer uma venda de plano de saúde, os corretores., são eles que dão orientação para que ocorra a venda. e assistência após já que a comunicação do associado direto com a operadora é simplesmente comercial enquanto a relação com o corretor é de confiança. Se a intenção for substituir corretores por robores em atendimentos pela internet e telefone será dado um tiro que trará nova crise para dentro da crise que vive o país. Operadoras, corretoras e corretores são partes de um efeito dominó.
307195	A obrigação da contratação de planos de saúde exclusivamente por meio eletrônico exclui uma parte significativa da população que não tem conhecimento e tecnologia, dificultando o acesso aos planos de saúde. A abordagem mista com contratação via presencial e on-line é mais adequada.
307200	Pela incapacidade do pleno atendimento ao consumidor. PLANO DE SAÚ DE é só com corretor.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307215	2025-02-08 20:42:24	Outro
307216	2025-02-08 20:47:09	Profissional de saúde
307219	2025-02-08 21:18:44	Consultoria
307234	2025-02-08 21:40:47	Consultoria
307249	2025-02-08 22:57:42	Consultoria
307255	2025-02-08 23:27:37	Consultoria
307245	2025-02-08 23:41:55	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307215	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307216	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
307219	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307234	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307249	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão
307255	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307245	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307215	
307216	
307219	A venda online não colabora a compreensão do cliente sobre plano a ser contratado,
307234	
307249	
307255	
307245	

Protocolo	Justificativa
307215	porque isso vai afetar a economia dos vendedores de planos de saúde e aumentar o desemprego e dependemos das vendas de planos de saúde para sobreviver.
307216	A contratação é complexa e o profissional garante as informações e as peculiaridades de cada paciente cliente.
307219	A venda Online não contribui para a compreensão do cliente sobre o plano a ser contratado,, pois o cliente não consegue diferenciar o plano que realmente enquadre nas suas necessidades, faltando uma orientação do consultor. Haverá muitos problemas com essas dúvidas que não serão esclarecidas.. Os clientes sempre procuram o consultor para tirar duvidas, mesmo depois do pla contratado.
307234	A venda online é muito prejudicial para o cliente e o consultor, pois o cliente não terá todas as suas dúvidas esclarecidas, levando o cliente a um posterior cancelamento do plano, como também será muito prejudicial a uma gama enorme de consultores que tem o seu sustento e de seu dependentes com essa venda.
307249	Plano de saúde somente com corretor
307255	Essa RN vai causar umas das maiores injustiças já registrada nesse país tirando o emprego de milhares de profissionais altamente capacitados nessa área além de prejudicar milhões de brasileiros que precisam desse serviço tão vital para a saúde de nossa já tão sofrida população. Isso é um verdadeiro desserviço e uma verdadeira maldade contra o povo brasileiro.
307245	A venda apenas on-line atrav´ez de operadoras, não facilita o acesso do cliente.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307274	2025-02-09 03:43:01	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307274	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307274	

Protocolo	Justificativa
307274	Justificativa Contra a Obrigatoriedade da Contratação Eletrônica de Planos de Saúde A alteração do Art. 2º da RN 413/2016, tornando obrigatória a oferta da contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde, apresenta desafio riscos que justificam sua revisão ou rejeição. 1. Restrição à Autonomia das Operadoras A imposição da obrigatoriedade da contratação eletrônica interfere diretamente na autonomia das operadoras de planos de saúde. Cada empresa deve te liberdade para definir seus canais de comercialização, levando em conta sua estrutura operacional, público-alvo e viabilidade técnica. Forçar a implementaç de um modelo único pode gerar custos desnecessários e prejudicar operadoras menores ou regionais. 2. Exclusão de Públicos Específicos A exigência pode dificultar o acesso à contratação para determinados segmentos da população, como idosos, pessoas com baixa alfabetização digital ou residentes em áreas com infraestrutura tecnológica limitada. Nem todos os consumidores possuem familiaridade ou acesso a meios eletrônicos para contra um plano de saúde de forma segura e informada. 3. Risco de Contratações Sem o Devido Esclarecimento A contratação de planos de saúde envolve cláusulas contratuais complexas que necessitam de uma explicação clara e acessível ao consumidor. A venda exclusivamente eletrônica pode reduzir a interação direta entre cliente e vendedor, aumentando o risco de contratações sem pleno entendimento das coberturas, carências e exclusões do plano. 4. Vulnerabilidades Tecnológicas e Segurança da Informação A ampliação da contratação eletrônica pode expor consumidores a riscos de fraudes, ataques cibernéticos e vazamento de dados sensíveis, principalmente não houver regulamentações robustas que garantam a segurança nas plataformas de comercialização. A imposição dessa obrigatoriedade antes da implementação de medidas de proteção pode gerar prejuízos significativos aos consumidores. 5. Impacto Financeiro para as Operadoras Nem todas as operadoras, especialmente as de pequeno e médio porte, possuem estrutura para desenvolver e manter sistemas de venda online de forma segura e eficiente. A obrigatoriedade pode gerar custos elevados de adaptação tecnológica e compliance, impactando a competitividade do setor e podend levar ao repasse desses custos ao consumidor final. Conclusão

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307273	2025-02-09 04:42:29	Interessados no tema
307273	2025-02-09 04:42:29	Interessados no tema
307278	2025-02-09 07:10:08	Consultoria
307281	2025-02-09 07:28:08	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307273	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração
307273	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
307278	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307281	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307273	Art. 3º Para que sejam elegíveis ao instituto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitala IV – a operadora deve cadastrar no final do primeiro ano de desequilíbrio consistente pelo menos duas ações de PROMOPREV - Programa de Promoção d e Prevenção de Riscos e Doenças relacionadas aos maiores eventos de utilização que ocasionaram o desequilíbrio da carteira na ANS. V - As operadoras que estão sob intervenção fiscal da ANS não podem aplicar a revisão técnica.
307273	
307278	
307281	

Protocolo	Justificativa
307273	Em relação ao item “I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de su atividades; o texto precisa ser aperfeiçoado. Observamos no mercado de saúde suplementar que algumas operadoras comprometeram sua “solvência colando em risco a continuação de suas atividade por má gestão administrativa financeira e improbidades. Sugiro acrescentar parágrafo: “As operadoras que estão sob intervenção fiscal da ANS não podem aplicar a revisão técnica.” Operadora/ cooperativa que não apresentam balanços e informações para serem públicas não podem ser beneficiadas com a revisão técnica. A agência te que respeitar as próprias normas de governança e compliance. O consumidor não pode ser penalizado em decorrência da operadora não ter gerido de forma adequada seus recursos financeiros. Por outro lado, se uma operadora está sob intervenção fiscal o desequilíbrio que compromete a solvência não é oriundo somente de desequilíbrio de sinistralidade. A solução de equilíbrio financeiro não pode ser repassada para o consumidor em forma de aumento. O desequilíbrio financeiro tem que se solucionado através de gestão de custos de despesas que podem vir através de auditorias médicas, programas de prevenção e auditoria contábil.
307273	A proposta de agrupamento de até 1.000 vidas vai piorar o mercado. Os reajustes por agrupamento possuem um média de percentual elevado de reajuste Esse agrupamento dificulta que a sinistralidade da carteira seja trabalhada e ao consumidor é empurrado ano a ano aumentos abusivos. Ocorrerá um embaralho das carteiras com populações diversas impossibilitando um mapeamento do setor. Não será possível a aferição da sinistralidade do plano de saúde contratado. Esse tipo de solução contribuirá para a falta de transparência nas relações comerciais, principalmente para o médio empresário. Empresas que estão em processo de fusão e aquisição terão maiores problemas para avaliar a performance das carteiras e os reajustes aplicados já que população está misturada com outras. O que ocorrerá é que os pequenos empresários poderão ser penalizados ao invés de serem ajudados. Qual a motivação de uma empresa de 300 a 1.000 empregados desenvolver programas de promoção e prevenção a saúde se no final o reajuste dela não será impactado pelo investimento na saúde de seu empregados. A ANS não resolverá esse problema analisando somente do ponto de vista do mutualismo. A conta da saúde suplementar quem paga são os consumidores as empresas estipulantes. Não adianta olhar somente pelo prisma da operadora. O problema existe mas está sendo solucionado de forma a agravá-lo.
307278	A venda estritamente online não contribui no momento da escolha do cliente ao plano, ele precisa de um profissional habilitado para levar todas as informaçõ e contribuir a melhor escolha.
307281	A venda online não ajuda com a clareza das informações, não colabora com a comparação de produtos

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307282	2025-02-09 07:34:29	Consultoria
307300	2025-02-09 08:38:32	Consultoria
307307	2025-02-09 08:51:08	Paciente
307310	2025-02-09 08:58:53	Paciente
307294	2025-02-09 09:03:40	Consultoria
307305	2025-02-09 09:05:58	Consultoria
307312	2025-02-09 09:13:02	Paciente

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307282	- § 1º A Carta de que trata o caput deste ar□go é um documento padronizado pela ANS, que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento da assinatura do contrato, e deverá conter: I - a identificação e assinatura do beneficiário ou seu representante legal, e data da ciência; e II - a iden□ficação, o nº do CPF e a assinatura do intermediário entre a operadora e o beneficiário, responsável pela venda do plano privado de assistência à saúde e que presenciou o preenchimento da Declaração de Saúde.	Alteração
307300	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307307	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307310	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307294	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307305	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307312	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307282	Não concordo
307300	
307307	
307310	
307294	
307305	
307312	

Protocolo	Justificativa
307282	Somos todos pais de família
307300	Com essa decisão o usua´rio ficará sem assistência em atendimento do parte do vendedor, além do aumento de pessoas desempregadas neste seguimen
307307	Como usuário iremos ficar sem poder ter a devida atenção em nossas dúvidas, o robô não irá se comunicar de forma como o ser humano faz. Sem contar aumento de desempregados.
307310	Acabar com a profissão de vendedor de plano de saúde será rápido, só deixo uma pergunta: Irão aposentar essas pessoas que vivem apenas de vendas'
307294	Como beneficiária de plano sei da NECESSIDADE de ter um corretor para tirar todas as dúvidas antes de uma tomada de decisão, seja para escolha do primeiro plano, migração, portabilidade, inclusão, e dezenas de outras peculiaridades dentro desse mercado cheio de detalhes que merecem muita atençã conhecimento e orientação técnica adequada. A venda eletrônica jamais será uma opção boa para o contratante, além da falta de tempo de muitos em parar para entender com clareza a regras contratua que cada operadora oferece (produto a produto). Completamente inviável!
307305	Dessa forma fria não haverá clareza nas informações, cliente com dúvidas não fecha é preciso passar confiança pra eles. sem falar que milhares de corretor dependem dessa renda pra sobreviver e sustentar sua familia..
307312	Com essa decisão de retirar do mercardo esses profissionais só teremos mais desempregados no Brasil. Isso é correto? Enquanto os mais ricos tem auto salários e nem perguntam se podem aumentar seus sa´lários, enquanto isso, tirando dos mais pobres, acabando com tudo que é profissão e acham tudo normal. Totalmente descordo com essa questão de retirar os vendedores de palnos de saúde do mercado.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307304	2025-02-09 09:18:05	Consultoria
307344	2025-02-09 11:14:58	Consultoria
307348	2025-02-09 11:30:17	Consultoria
307349	2025-02-09 11:32:49	Consultoria
307350	2025-02-09 11:37:38	Consultoria
307352	2025-02-09 11:42:11	Consultoria
307354	2025-02-09 11:44:09	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307304	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307344	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307348	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307349	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307350	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307352	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307354	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307304	
307344	
307348	
307349	
307350	
307352	
307354	

Protocolo	Justificativa
307304	A contratação online não contribui para que o consumidor tenha o correto esclarecimento sobre todos os serviços oferecidos pelos planos privados de assistência à saúde. Isso poderá acarretar inúmeros prejuízos para o consumidor. Os consumidores não estão preparados para contratar planos de saúde s a ajuda de um especialista.
307344	Os serviços prestados de corretagem de planos de saúde envolvem uma consultoria extremamente técnica, empática, imparcial e direcionada para o consumidor final. Se essa medida for aprovada, as operadoras farão de tudo (através de Inside Sales) para converter os clientes através de seus Call Cente o que tornaria a venda imparcial, forçada e mal feita (com ausência de esclarecimentos técnicos como cláusulas, informações sobre carências, migrações Precisamos sim de regulamentação em nosso setor, seja através da SUSEP ou da venda vinculada a uma pessoa jurídica para os corretores autônomos, is pode trazer um senso maior de responsabilidade para os profissionais da área e prevenir atos de fraude e afins.
307348	a venda online não colabora com a clareza de informações, não ajuda na comparação de produtos e deixa o cliente sem as orientações precisas para a escolha do plano.
307349	a venda online não colabora com a clareza de informações, não ajuda na comparação de produtos e deixa o cliente sem as orientações precisas para a escolha do plano.
307350	a venda online não colabora com a clareza de informações, não ajuda na comparação de produtos e deixa o cliente sem as orientações precisas para a escolha do plano.
307352	A venda online não colabora com claresa de informações não ajuda na comparação de produtos e deixa o cliente sem orientações precisas.
307354	A venda online não colabora com claresa de informações não ajuda na comparação de produtos e deixa o cliente sem orientações precisas.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307355	2025-02-09 11:46:38	Consultoria
307359	2025-02-09 12:24:48	Consultoria
307365	2025-02-09 12:42:17	Consultoria
307376	2025-02-09 13:48:51	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307355	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307359	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307365	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307376	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307355	
307359	
307365	
307376	

Protocolo	Justificativa
307355	A venda online não colabora com claresa de informações não ajuda na comparação de produtos e deixa o cliente sem orientações precisas.
307359	A venda online não colabora com a clareza de informações, tão quanto tira o direito de consultores que, depois de mais de 30 anos, irão ficar sem o seu pã de cada dia. Levando em consideração que todas as operadoras só subiram com o esforço dos consultores/corretores que estão no mercado. Isso é uma vergonha, essa RN junto aos seus critérios ferem, completamente os direitos de quem sempre deu seu sangue para que esse órgão regulamentador valesse pena e o crescimento financeiro das operadoras e seguradoras.
307365	Injusto com o trabalho do consultor de vendas
307376	A venda online , não colabora com clareza e garantia de informações, não ajuda com as informações precisas de cada produtos das operadoras , e deixa cliente inseguro .

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307388	2025-02-09 14:04:50	Grupo/associação/ organização de pacientes

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307388	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307388	

Protocolo	Justificativa
307388	IV. Aumento da seleção do risco As operadoras de planos de saúde costumam segregar alguns clientes na categoria dos “indesejáveis”, ou seja, aqueles com alto grau de sinistralidade o q acontece muito com os idosos, os autistas, os pacientes crônicos e os portadores de doenças raras. Esta diferenciação dos clientes é denominada seleção de risco: a prática é proibida por lei, porém habitualmente feita pelas empresas do setor, ainda mais h em dia, com a excelência tecnológica à disposição em que as informações completas sobre os beneficiários-consumidores estão literalmente “nas mãos” d empresas. Tudo é atualizado em tempo real pelos aplicativos e sistemas internos das operadoras. Os beneficiários-consumidores dos planos individuais serão, logicamente, inseridos neste conjunto de clientes “inoportunos”, porquanto não se encaixam n perfil almejado pelas operadoras: pessoas jovens, saudáveis, adimplentes com os boletos e que usem pouquíssimo os serviços de saúde contratados. Os planos individuais serão, doravante, tratados pelas operadoras como os produtos que precisam urgente da Revisão Técnica da ANS e, via de consequência, receberão total descaso na prestação de serviços médicos. Os cálculos operacionais destes planos serão sempre negativos e, logo, poderã requisitar o aumento de preços. Embora seja feita de forma velada no cotidiano, a seleção do risco precisa ser fortemente combatida pela ANS, porque discrimina os beneficiários-consumidores dos planos individuais como sendo “um peso morto” nas contas das operadoras. V. A influência insidiosa do mercado de investimentos O setor da saúde suplementar está recebendo influência do mercado de investimentos de maneira insidiosa e mais agressiva ultimamente. É fácil perceber a estratégia escondida nas condutas adotadas pelas operadoras de saúde. Elas estão atuando cada vez mais como “financeiras”, ou seja arrecadam as mensalidades dos beneficiários-consumidores que, por lei, tem um baixíssimo risco de inadimplência (se não pagarem em 60 dias, perdem plano), deixam de pagar os prestadores de serviços (médicos, hospitais, laboratórios, fornecedores de insumos, etc.) para “trabalharem as receitas” no mercado de ações. As operadoras estão se tornando verdadeiras potências nas bolsas de valores pelas vultosas quantias transacionadas. Estamos falando de quantias estratosféricas, na ordem dos bilhões de reais. A situação de ganância e mesquinhez é tamanha que desvirtuaram o modelo de negócio acintosamente: oferecer tratamento médico adequado para as pessoas e pagar os fornecedores destes serviços? De modo algum! É especulação de capital simples e fáci

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307388	2025-02-09 14:04:50	Grupo/associação/ organização de pacientes

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307388	- Art. 2º Define-se por Revisão Técnica a correção de desequilíbrios constatados nos planos privados de assistência à saúde a que se refere o art. 1º, mediante reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias, mantidas as condições gerais do contrato.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307388	

Protocolo	Justificativa
307388	I. Exacerbação de competência da agência reguladora A ANS está claramente exacerbando sua competência de agente regulador da saúde suplementar no Brasil. Estabelecer normas técnicas sobre o funcionamento do setor não significa conceder poderes para proteger as operadoras de saúde de suas más escolhas gestão empresarial. Caso exista uma eventual possibilidade de risco à solvência a uma empresa do ramo, esta deverá buscar os mecanismos habituais e legais como faria qualquer outra empresa privada: diminuição de despesas, corte de pessoal ou até mesmo o instrumento da “Recuperação Judicial”. Não cabe à ANS se arrogar de desempenhar tal trabalho com a justificativa de garantir o equilíbrio do setor da saúde. Prova disso foi a recente Revisão Técnica da UNIMED-FERJ que não surtiu e sequer se aproximou dos resultados almejados pela ANS. Não se olvide, ainc a crise pela qual passa a Golden Cross, para a qual as interferências da ANS foram infrutíferas. Ademais, as operadoras de planos de saúde se sentirão muito confortáveis para tomar as piores decisões gerenciais para conseguirem se habilitar nos requisitos de “crise econômico-financeira” e, portanto, fazerem jus ao aumento nos preços concedidos por meio da Revisão Técnica, ora em comento. Como poderá a ANS fiscalizar e, mais, impedir condutas de má gestão? Vale, neste particular, trazer os dizeres de fl. 5 do referido documento da ANS sobre a falta de capacidade da própria agência para atender os inúmeros pedidos de Revisão Técnica: “... a área técnica eventualmente responsável por estas análises é exígua, tem dentro de suas atribuições formais outros processos concorrentes de intens demanda de análise e terá dificuldade em absorver o volume de solicitações...” Cabe apontar, aqui, um exemplo que ocorreu em dezembro de 2021, quando a operadora de saúde Amil tentou descartar sua carteira de planos individuai através de uma artimanha comercial, que só foi desmascarada pela ANS, quando as quase 340.000 vidas já haviam sido transferidas para um grupo suspe de investidores financeiros. A agência não tem poderes, logo, competência legal para impedir que as operadoras tomem atitudes nefastas em suas gestões. Consegue, no máximo, ag de forma “a posteriori”, para tentar desfazer uma situação danosa impondo multas ou suspendendo a comercialização de novos planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307388	2025-02-09 14:04:50	Grupo/associação/ organização de pacientes
307409	2025-02-09 15:15:55	Interessados no tema
307410	2025-02-09 15:18:53	Interessados no tema
307412	2025-02-09 15:22:58	Interessados no tema
307414	2025-02-09 15:26:07	Interessados no tema

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307388	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Exclusão
307409	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307410	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307412	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307414	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307388	
307409	
307410	
307412	
307414	

Protocolo	Justificativa
307388	Antes de iniciarmos propriamente nossas considerações a respeito do tema, é imperioso realçar o bem jurídico ora tutelado, qual seja, a saúde. Estamos tratando de um assunto de valor inestimável, embora as empresas do setor inventem os cálculos mais excêntricos para atribuir preço à saúde. Posto isto, fixemos o bem jurídico tutelado como se fora um farol a iluminar todos os caminhos. Quando houver dúvidas ou divergências de ideias, lembrem sempre que é a saúde que merece rígida e ampla proteção. Passemos, assim, à matéria objeto desta consulta pública. O conceito de Revisão Técnica está apresentado na fl. 4 do RAIR (SEI 31145269) nos seguintes termos: “A Revisão Técnica - RT é o reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias para corrigir desequilíbrios entre receitas e despesas nas operações de planos privados de assistência à saúde, situação que pode ameaçar a continuidade dos serviços de saúde prestados aos beneficiários.” Trata-se, portanto, de uma medida de caráter excepcional com o intuito de se evitar um eventual risco de solvência de uma operadora de plano de saúde causado pelo desequilíbrio econômico-financeiro da carteira de planos individuais desta empresa. Com a devida vênia, a ANS deve excluir a Revisão Técnica integralmente da proposta de regulamentação. Os tópicos a seguir ventilados irão corroborar nossa posição contrária à Revisão Técnica. Vejamos:
307409	Estou pasma com a falta de visão de quem teve esta ideia , não alcançarão nem 50%do que hoje vendemos, péssima ideia , as operadoras , vcs , vendedor e até clientes sairão no prejuízo .
307410	Sou vendedora de planos de Saúde há anos, e tenho certeza que esta decisão causará prejuízos, as operadoras, além de deixar milhares de pessoas desempregadas, vindo apenas piorar a situação atual do País , sem falar que superlotará o SUS, pois muitos clientes não fazem o plano quando não estão precisando , como através dos vendedores lhes convencendo que um dia poderiam precisar .
307412	Estou neste ramo de vendas de Planos de Saúde há mais de 15 anos, e esta atitude de vcs , tenho certeza gerará prejuízo a milhares de profissionais, e também as operadoras. Esta não é a solução seja lá para o que estão procurando , se for para economizar podem começar a contar o prejuízo que terão
307414	Sou e tenho várias amigas e amigos que sobrevivem e sustentam suas famílias através das vendas , ficaremos , milhares de vendedores , prejudicados , c clientes , e com certeza vcs também terão pessimo resultado se insistirem nesta atitude.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307415	2025-02-09 15:28:38	Interessados no tema
307416	2025-02-09 15:31:54	Interessados no tema
307418	2025-02-09 15:35:05	Interessados no tema
307420	2025-02-09 15:38:02	Interessados no tema
307411	2025-02-09 15:47:33	Consultoria
307424	2025-02-09 15:51:05	Interessados no tema
307419	2025-02-09 15:51:40	Interessados no tema

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307415	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307416	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307418	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307420	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307411	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307424	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307419	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307415	
307416	
307418	
307420	
307411	
307424	
307419	

Protocolo	Justificativa
307415	Estou admirada por ver uma ANS, querer tomar uma decisão tão mal pensada , vcs não estão levando em conta o poder do vendedor em aumentar as aquisições de planos de Saúde , como também não calcularam , com certeza a queda nas VENDAS, que terão .
307416	O ser humano muitas vezes está com saúde e não liga em adquirir um plano de Saúde , mas quando encontra um vendedor que lhe expõe a necessidade d possuir um plano mesmo sem estar precisando , ELE se convence e faz , como vocês vão convencer uma pessoa que não enxerga que é necessário possu para se prevenir a ele e sua família da possibilidade de precisar um dia ? PREJUÍZO NÃO SÓ PARA NÓS , mas com certeza vocês terão e sentirão o erro s chegarem a tomar esta decisão .
307418	Em muitas e diversas vendas on-line , não se precisa de responder tantas dúvidas e deixar o cliente ciente de seus direitos , será mesmo que on-line você darão conta do que nós vendedores damos ,? A assistência no line deixa a desejar , sem falar que 70% de pessoas que hoje adquirem um plano , adquirem pelo poder de pessoalmente se sentirem seguros e bem informados pelo seu vendedor , PREJUÍZO este deveria ser o título desta ação , PREJUÍZO para vocês, e deixando a mercê da sorte tantos vendedores que passaram a vida se dedicando as VENDAS.
307420	A proibição de vendas de planos de saúde através do corretor, causará um grande impacto no setor comercial, em relações no intermediário que é entre o cliente e o corretor, o corretor da um grande suporte ao cliente ao ajudar aonde consegue acessar a rede credenciada, quando o cliente novo não tem plano saúde e deseja adquirir um plano a melhor e a ideal solução é que seja através do corretor de vendas de planos de saúde, através do corretor(a) ele terá a melhor ajuda e suporte, está solução de proibir afetaram milhares de corretores de planos de saúde aonde tira seu sustento e leva o pão de cada dia para s casa, isso irá prejudicar milhares de corretores e diretamente suas famílias, além dos clientes novo que por alguma parte de ser de terceira idade, que além não ter toda facilidade de mexer em um celular terra dificuldade ao fazer um plano de saúde, tirar dúvidas sobre como marcar uma consulta, em qual clínic receber quais exames, retirar um boleto de pagamento, consultar a rede credenciada, colocar este sistema equivocado de vendas diretamente entre as operadoras de planos de saúde e o cliente com certeza terão um prejuízo enorme.
307411	A venda online e exclusão do corretor de planos de saúde, não passa com clareza e não ajuda na comparação dos produtos e deixa o cliente sem orientaçã precisas para a escolha do plano. além disso tirará o sustento dos corretores e seus familiares.
307424	NÃO IMPORTA PARA VCS , quantas milhares de pessoas serão prejudicadas , sem falar que a situação do País já está um caos , mas com certeza , vcs tomando esta decisão SERÃO TAMBÉM prejudicados e muito .
307419	Vendas só com o corretor

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307425	2025-02-09 15:53:52	Interessados no tema
307428	2025-02-09 15:56:55	Interessados no tema
307432	2025-02-09 16:06:07	Interessados no tema
307433	2025-02-09 16:08:53	Interessados no tema
307434	2025-02-09 16:11:14	Interessados no tema
307437	2025-02-09 16:13:55	Interessados no tema
307457	2025-02-09 17:11:03	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307425	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307428	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307432	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307433	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307434	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307437	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307457	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307425	
307428	
307432	
307433	
307434	
307437	
307457	

Protocolo	Justificativa
307425	Pensei que esta agência tinha uma visão melhor , referente a aquisição de clientes aos planos , mas com esta ação só vejo que estão querendo economiza onde terão que gastar da mesma maneira montando esta logística para vender on-line , acrescento que perderão muitos que poderiam adquirir um plano ficando a despesa maior que a receita de vocês .
307428	Não subestimem nossa inteligência, sabemos que muitas pessoas estão sem plano , por não caber no seu orçamento e mesmo assim muitos fazem quant são convencidos por nós vendedores , que podem cortar alguma despesa de sua vida e se prevenir adquirindo um plano de saúde , gostaria de saber como quando um contato pessoal substituirá um atendimento on-line ? O ser humano vendedor tem o dom de transformar um não em sim , a máquina terá ? Qu prejuízo terão ,…. Sem falar em quantas famílias serão prejudicadas.
307432	Um exemplo: estou com saúde e não penso em adquirir um plano de saúde , por uma mera propaganda , acham que serei convencida a fazer ? Vcs vão apenas prejudicar a todos , OPERADORAS, CLIENTES , e MILHARES E MILHARES DE VENDEDORES QUE TEEM COMO VENDAS DE PLANOS FORMA DE SOBREVIVÊNCIA.
307433	O contato on-line deixa muito a desejar , o primeiro contato deixa mais ainda , pois não será um outdoor que me convencerá o quanto necessito estar prevenida para futuros acontecimentos, com o que há de mais importante a SAÚDE, então já estou dando os pêsames por esta ideia de vocês , não serem só nós os prejudicados , mas vocês ficarão com a maior parte do PREJUÍZO.
307434	Vou me colocar como cliente , sou vendedora , vejo uma propaganda , onde tenho muitas dúvidas que sei que não serei atendida em todas as respostas Vcs acham que vou me preocupar em fazer algo tão sério na hora da precisão ? Sem ter alguém para me dar suporte fisicamente , pessoalmente ? PESSIMA IDEIA ESTA , se preparem para quebrarem muitas operadoras sem falar no desemprego de funcionários e vendedores , e completando com voc que serão prejudicados também .
307437	Estou no ramo a pouco tempo , mas tenho um número imenso de clientes que convenci pessoalmente a entenderem a importância de estar protegido, junt com sua família , a ter um plano de saúde , Não foi por propaganda e sim por mérito de ser uma boa profissional. JAMAIS DARÁ CERTO, a retirada de gen falando com gente , e não por máquinas . POR MAIS QUE COLOQUEM UM SISTEMA TOP EM ATENDIMENTO , não alcançarão o número de clientes que nós vendedores juntos conseguimos alcançar ,esta ideia só tem êxito se a intenção for piorar para todos .
307457	É um direito do contratante.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307458	2025-02-09 17:14:26	Consultoria
307459	2025-02-09 17:15:40	Consultoria
307465	2025-02-09 17:28:46	Outro
307470	2025-02-09 18:02:25	Paciente
307471	2025-02-09 18:07:36	Paciente
307471	2025-02-09 18:07:36	Paciente

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307458	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307459	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307465	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307470	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307471	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307471	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307458	
307459	
307465	
307470	
307471	
307471	

Protocolo	Justificativa
307458	É um direito do contratatante a escolha.
307459	Direito do contratante.
307465	A MÁQUINA NUNCA SUBSTITUIRÁ O HOMEM !!!
307470	NÂO CONCORDO COM ESSA DECISÂO, COMO SERÀ A VIDA DOS CORRETORES, DESEMPREGADOS.
307471	NÂO SOU A FAVOR DA EXCLUSÂO DOS CONSULTORES.
307471	NÂO SOU A FAVOR DA EXCLUSÂO DOS CONSULTORES.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307476	2025-02-09 18:27:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307476	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307476	

Protocolo	Justificativa
307476	A exclusão da incidência de coparticipação em consultas pretendida deve levar em consideração o impacto que isso trará à saúde suplementar. As isenções ocasionarão o aumento do valor das contraprestações pecuniárias, afastando parte da população da saúde suplementar, aumentando a demanda no SUS e incentivando clínicas populares e cartões de desconto. Além disso, a isenção imposta pela ANS fomentará ainda mais o risco moral no setor, pois induz a utilização desnecessária, gerando um movimento de mudança de comportamento no cliente, que certamente elevará os custos assistenciais e por consequência o preço do plano de saúde pago pelos beneficiários. De modo geral, a coparticipação deve ser um mecanismo de controle de frequência, em que há a participação de financiamento do plano e permite maior participação da população no setor de saúde suplementar. De acordo os estudos elaborados, considerando o período de outubro de 2023 a setembro de 2024, composta por mais de 874 mil beneficiários com contratos em preço preestabelecido, coparticipativos das Unimeds do Estado de Santa Catarina verifica-se um impacto de

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307476	2025-02-09 18:27:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307476	- § 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos referentes à efe□va u□lização do plano de saúde do beneficiário serão integralmente custeados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, sendo vedada a cobrança de valores excedentes no ano subsequente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307476	

Protocolo	Justificativa
307476	Vale enaltecer que, com as isenções previstas e os limites que estão sendo propostos, os preços dos planos de saúde irão aumentar. Para que a operadora faça a precificação da mensalidade considerando os limites impostos, não há outra forma que não o aumento do valor médio das contraprestações. Certamente, os estudos apresentados pela ANS no RAIR ignoraram esse fato. Ou o que se pretende é a redução do número de usuários na saúde suplementar, o saturamento da saúde pública e o estímulo a contratação de cartões de desconto como benefício para os empregados das empresas contratantes.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307476	2025-02-09 18:27:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307476	- § 2º É vedado o acúmulo dos limites previstos no caput para os períodos subsequentes.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307476	

Protocolo	Justificativa
307476	Em princípio, a partir da redação proposta entende-se que se excluir a possibilidade de a operadora efetuar a cobrança dos valores remanescentes – caso sejam mantidos os limites mensal/anual – nos períodos subsequentes, o que é totalmente prejudicial. Assim, é importante que a norma preveja que o prazo para cobrança se inicie a partir da realização do evento e não dentro do ano do contrato, pois não prestigia movimentos oportunistas da realização de procedimentos em período que impossibilita a realização da cobrança (exemplo: perto do aniversário do contrato). Também deve ser possível cobrar os valores excedentes ao limite anual, caso permaneça na norma, em momento posterior, conforme prazo da prescrição civil. A norma ainda deverá consignar que a cobrança da coparticipação deverá ocorrer em meses diferentes da realização do procedimento, em razão dos atendimentos realizados em regime de intercâmbio.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307476	2025-02-09 18:27:05	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307476	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307476	

Protocolo	Justificativa
307476	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver aumento dos valores das contraprestações pecuniárias, uma vez que o valor da mensalidade tende a ser inversamente proporcional ao valor do fator moderador cobrado. Por outro lado, uma

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307476	2025-02-09 18:27:05	Operadora
307487	2025-02-09 19:01:55	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307476	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
307487	- “Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual.” (NR)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307476	
307487	

Protocolo	Justificativa
307476	Para evitar qualquer argumento sobre imprevisibilidade, entendemos que o contrato deve prever percentual por procedimento e teto máximo em valores. Exemplo: um exame de alta complexidade poderia ter, no máximo, 50% de devendo ser aplicado da seguinte forma: coparticipação. Mas o valor a ser pago pelo beneficiário não poderia ser superior a R$500,00, considerando o valor final do atendimento assistencial prestado ou disponibilizado pela operadora. De acordo com o estudo realizado, só com as Unimeds de Santa Catarina, o impacto dessa proposta será de mais de 100 milhões de reais (2,75%). Considerando o panorama geral das propostas, SEM CONSIDERAR O AUMENTO DE FREQUÊNCIA, o impacto para as Unimeds do estado de Santa Catarina será de mais de 413 milhões de reais. Aliás, a própria ANS reconhece que haverá aumento do preço no AIR: “No caso de operadoras que pratiquem valores de coparticipação maiores do que aquele que será eventualmente fixado, poderá haver
307487	#plano de saúde é só com corretor Acredito que a importância e o conhecimento de regras e apoio ao cliente no momento da contratação de planos de saúde é fundamental.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 6º A ANS definirá em Instrução Norma□va como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.	Alteração
307464	- Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - franquia dedu□vel acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja a□ngido o valor previsto no contrato Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 5 como franquia; e II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, n	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307464	Art. 6º A ANS definirá em Instrução Normativa como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira e seus respe recortes, limites de valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.
307464	

Protocolo	Justificativa
307464	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, na obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Adequação de redação."
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde qu seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros meno suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros do produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão
307464	- Art. 6º No plano privado de assistência à saúde cole□vo empresarial com número de par□cipantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato cole□vo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do ar□go 29 desta resolução será considerada a totalidade de par□cipantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307464	
307464	"Art. 6º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a duzentos beneficiários não poderá ser o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de vinculação a pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 29 desta resolução será considerada a totalidade de participantes eventualm vinculados ao plano coletivo estipulado."

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde qu seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros meno suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros do produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, nã obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Não podemos ter r agrupamento contratos com condições distintas de carência (30 vidas com carência e mais sem carência) para que os com mobilidade e baixa sinistralidad saiam e os com mais de 29 vidas e alta sinistralidade permaneçam e passem a ser subsidiados pelos com até 29 vidas, que é quem a ANS pretende proteg

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 12. É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde concederem desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou outra vantagem análoga que tenha por obje□vo incen□var u□lização consciente dos procedimentos e eventos em saúde cobertos pelo produto contratado pelo beneficiário desde que não importe inibição à utilização necessária dos serviços de saúde.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307464	

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (c aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão
307464	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307464	
307464	IV - Caberá a operadora disponibilizar à ANS a base de cálculo e informações referentes ao reajuste, sempre que solicitado;

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde qu seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros meno suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros do produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, nã obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Adequação à lógica proposta da ABRAMGE.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 1º A presente Resolução Norma□va dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 1 fatores moderadores de u□lização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea “a” do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respec□vas alíneas do art. 19, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos e	Exclusão
307464	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307464	
307464	I - celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656.

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde qu seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros meno suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros do produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem
307464	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, nã obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A preocupação da Abramge é ter uma ação que derrube os planos antigos sem TC, por essa razão nossa sugestão é separar cada situação para isolar ess planos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307464	

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (c aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307464	

Protocolo	Justificativa
307464	Em referência ao "III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médi hospitalar." Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, na obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A comercialização de planos individuais não é exigência da legislação para a aplicação da revisão técnica. Além disso, a continuação da comercialização d um produto em desequilíbrio atuarial pode agravar a situação da carteira. A comercialização da mesma pode ser retomada caso o produto volte a ser sustentável.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307464	

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (c aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- I - os percentuais de reajuste aplicados; e (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) II - as alterações de coparticipação e franquia.	Alteração
307464	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
307464	I - os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e
307464	§ 2º A primeira vigência excepcionalmente durará 24 meses; as subsequentes com 12 meses;

Protocolo	Justificativa
307464	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitivos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, nã obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. Deve ser mantida a redação original, porque a composição do reajuste deve repor a variação de preço e de utilização do período anterior e evitar que isso ocorra no período subsequente. As cláusulas de reajuste que buscam a sinistralidade meta tem como valor alvo a sinistralidade ao fim do próximo exercício. É essa sinistralida que será impactada pela assunção dos riscos que estão sob avaliação. Esse ponto é fundamental. Considerando que a data-base de avaliação/precificação da carteira é t, a sinistralidade esperada do próximo exercício (ou seja, a sinistralidade em t+1) dev estar em um valor que seja suficiente para arcar com a estrutura de custos da operadora ao final de t+1, e não meramente recompor a sinistralidade passad de t..
307464	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, nã obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A proposta visa a proteção dos contratantes, reduzindo o número de resciões contratuais após apenas 12 meses de contratação. "

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307464	

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (c aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Exclusão
307464	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307464	
307464	Art. 1º As regras de Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656/98 se apli seguintes planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica e deverão observar o disposto nesta Resolução Norm

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde qu seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros meno suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros do produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, nã obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A redação precisa deixar mais claro que, além dos produto citados, também devem ser incluídos os planos das operadoras que assinaram o termo de compromisso dos planos anteriores à lei e que não foram adaptados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
307464	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Alteração
307464	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307464	"Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar pelo menos dois tipos de agrupamentos para fins de cálculo do perce reajuste, sendo um deles com contratos coletivos por adesão e outro com contratos coletivos empresariais, devendo estes obrigatoriamente incluírem os co com menos de 200 beneficiários."
307464	III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, nos termos contratados, este deverá considerar para o cálcu proporção entre as despesas e provisões assistenciais e as receitas líquidas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à data- aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato;
307464	

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, na obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A ampliação do número de vidas nos agrupamentos não é uma garantia de solução do problema de base nos contratos dos planos empresariais até 29 vidas. A análise da ANS mostrou que há uma discrepância no reajuste de preços entre os produtos do agrupamento (menos que 29 vidas) e os demais planos empresariais. Entretanto, não foram apontados os motivos disso acontecer, além da suposição de que seja o poder de barganha dos planos com maior número de vidas. visão das operadoras associadas à ABRAMGE, o descolamento dos reajustes de preço desses produtos dos reajustes dos produtos com mais vidas decor também da maior variação dos custos médico-hospitalares destes produtos. Os planos que atualmente compõem o pool de risco são muito mais vulneráveis seleção adversa, por exemplo. Esse custo maior precisa ser repassado aos preços dos produtos de maneira a manter o equilíbrio econômico-financeiro do contratos. Ao propor a ampliação do agrupamento, a ANS está agrupando segurados com riscos diferentes. Isso não é salutar para o mercado, uma vez qu um dos pilares da saúde suplementar - um mercado similar ao dos seguros - é que o agrupamento precisa que os riscos sejam semelhantes, sob pena de tornar o seguro pouco atrativo para quem tem um risco baixo ou que aconteça a seleção adversa. Uma mudança que tem um impacto tão significativo sobre setor precisa de mais suporte em termos de evidências - isto é - de que a discrepância se deve ao poder de barganha. Outro aspecto que não foi considera pela ANS é se há impactos no reajuste dos planos coletivos quando considerada a perspectiva do porte da operadora. Por isso, a sugestão da Abramge é de que o agrupamento seja feito de maneira conservadora, promovendo nesta revisão da regulação o aumento do agrupamento para 199 vidas no máximo com posterior avaliação dos resultados obtidos.
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, na obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Nem a redação original nem a proposta da ANS na CP 145 incluem as provisões técnicas entre os critérios que devem ser levados em consideração para a aplicação do reajuste por sinistralidade, o que é o mais correto do ponto de vista técnico. A proposta visa corrigir isto.
307464	Em referência ao "II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) an e ": "Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, na obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. O exposto na norm o que é recomendado pelo Código de Pronunciamento Atuarial (CPA) do Instituto Brasileiro de Atuária sobre o tema. Portanto, a exigência é redundante com redação proposta pela ABRAMGE no inciso I. "

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307464	

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (c aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307464	Art. 2º É facultativo o oferecimento de de contração eletrônica de planos privados de assistência à saúde.

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pont foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. A venda online é uma opção de modelo de negócio e, como tal, não deve ser imposta, mas sim facultativa, respeitando a livre iniciativa. Impor às operadoras a obrigatoriedade de vendas online de planos de saúde viola os princípios constitucionais da liberdade econômica, livre iniciativa e livr concorrência, garantidos às operadoras de planos de saúde. A regulação do mercado de saúde suplementar deve ser mínima, respeitar e viabilizar o plen exercício desses princípios constitucionais, não interferindo no modelo de negócios das operadoras que devem ter assegurada a autonomia necessária par definir suas próprias estratégias comerciais de vendas. Impor às operadoras a obrigatoriedade de vendas online de planos de saúde viola as garantias da liberdade econômica, da livre iniciativa e da livre concorrência, postulados da ordem constitucional vigente. Por isso, a regulação do mercado de saúde suplementar deve ser pautada pela lógica da mínim intervenção estatal, de modo a permitir que as operadoras definam autonomamente seus modelos de negócios e suas estratégias de comercialização. A liberdade econômica, reforçada pela Lei de Liberdade Econômica (Lei 13.874/2019), estabelece diretrizes que visam reduzir a interferência estatal e promover um ambiente de negócios mais dinâmico e menos burocrático, inclusive para as operadoras de saúde. Obrigar as operadoras a comercializarem seus planos no formato online, inegavelmente, vai na contramão das diretrizes da citada Lei. A Lei de Liberdade Econômica (Lei nº 13.874/2019), que densifica o princípio constitucional da liberdade econômica, estabelece diretrizes para reduzir a interferência estatal e promover um ambiente de negócios dinâmico e menos burocrático para os agentes econômicos. Obrigar as operadoras a comercializarem seus planos no formato online, inegavelmente, vai na contramão das diretrizes da citada Lei. A livre iniciativa e a liberdade econômica são vitais para o setor de saúde suplementar, permitindo que as operadoras de saúde desenvolvam suas próprias estratégias comerciais, inovem em seus serviços e compitam de maneira justa no e pelo mercado. Esses direitos garantem um ambiente dinâmico e diversificado, que beneficia não apenas as empresas, mas especialmente os consumidores, proporcionando maior qualidade, eficiência e acessibilidade ao serviços prestados. Na Avaliação de Resultado Regulatório (ARR) da norma atual sobre a contratação eletrônica de planos de saúde, a ANS argumenta que "num contexto

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
307464	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Exclusão
307464	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307464	V - A aplicação de reajuste por sinistralidade deve estar prevista em contrato e não afasta a aplicação do indice de reajuste prevista no inciso I deste arti
307464	
307464	Art. 4º A operadora contemplada com o insituto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e II - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica.

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitivos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, nã obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. Quando uma operador avalia uma carteira, a fim de executar a precificação, o valor alvo que deve ser considerado em termos de sustentabilidade econômico-financeira do contrat é a sinistralidade ao fim do próximo exercício. Se isto não for feito, no primeiro mês após o reajuste o contrato já pode ficar em desequilíbrio devido à variaç dos custos causada por aumento de preços e da frequência de utilização. É a sinitralida do final do exercício seguinte que será impactada pela assunção d riscos que estão sob avaliação. Esse ponto é fundamental. Considerando que a data-base de avaliação/precificação da carteira é t, a sinistralidade esperad do próximo exercício (ou seja, a sinistralidade em t+1) deve estar em um valor que seja suficiente para arcar com a estrutura de custos da operadora.
307464	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, na obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A metodologia a ser apresentada pela Operadora deverá ter amparo atuarial e base de dados auditada por auditoria independente registrada na Comissão Valores Mobiliários (CVM)."
307464	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido limina ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, no obstar o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também um análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Pelos mesmos motivos da regra anterior quanto ao tema da Revisão Técnica e pela não discricionariedade de depender de análises não previstas em norm pelo regulador. Ademais, o instuto da revisão técnica, nem na sua forma téorica nem na legislação, exige a obrigatoriedade de comercialização. A contrapart não se justifica tecnicamente nem legalmente. Além de não estar prevista como condição para a revisão técnica na legislação, a exigência afronta a lei de liberdade econômica. A revisão técnica de preços é um instrumento pelo qual o regulador reconhece que nenhum modelo regulatório é capaz de capturar, de maneira perfeita, toc as forças que atuam em um determinado mercado. Um modelo regulatório, necessariamente, vai falhar, seja dando subreajustes ou sobrereajustes. O objet da revisão técnica é justamente o de recuperar o equilíbrio econômico- financeiro dos contratos. Desta forma, com o passar do tempo, é necessário revisar quanto os contratos se afastaram das condições de equilíbrio. Foi justamente o afastamento das condições iniciais de equilíbrio que levou às operadoras a interromperem a comercialização desses produtos. Portanto, a Agência aplica uma lógica invertida aqui, a de que as carteiras precisam estar em comercialização para evitar a necessidade de revisão técnica, quando é precisamente o contrário. Seria temerário para as operadoras continuarem a comercializar um produto em crescente desequilíbrio, ampliando o problema.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Inclusão
307464	- Art. 4º Para conceder a isenção a que se refere o art. 3º desta Resolução, 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.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307464	§ 3º Nos contratos coletivos por adesão a operadora deverá agrupar os contratos de uma mesma administradora de benefício.
307464	

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, na obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. , a inclusão do parágrafo único buscou agrupar todos os contratos coletivos por adesão de uma operadora de uma mesma administradora de benefícios em um único grup
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde qu seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros meno suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros do produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- § 2º No documento previsto no parágrafo 1º, a informação tratada no inciso III do caput deste ar□go deverá especificar o valor para pagamento do beneficiário e o valor da mensalidade do mês anterior. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
307464	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Inclusão
307464	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307464	"§ 2º No documento previsto no parágrafo 1º, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor para pagamento do benefic
307464	§ 1º O contrato de plano de assistência à saúde coletivo por adesão ou empresarial de pequena e média empresa incluídos no agrupamento só poderá rescindido pela operadora, desde que na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta d
307464	

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitivos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, nã obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo.. É um custo operacional elevado para informar ao beneficiário de uma informação que ele já possui. Se ele tiver necessidade de acessar, pode pedir a informação à operadora.
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, na obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. O redação vista proteger os contratos coletivos por adesão e os de pequena e média empresa que farão parte do pool até 199 vidas (vide proposta de alteração da RN 565 Os contratos coletivos empresariais maiores de 199 vidas não necessitam dessa proteção em virtude da compra de carência.
307464	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitivos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, nã obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo.Estabelecer uma meta d sinistralidade não é uma decisão boa sob o ponto de vista de regulação. Há diferenças de operações em função de regiões geográficas no Brasil, de nichos segmentos de mercado atendidos, de atividade ocupacional dos beneficiários, em remuneração de intermediários, de custos indiretos entre outras. Em virtu disso, não seria salutar para o desenvolvimento do setor, incluindo a ampliação do acesso das pessoas a planos de saúde, o estabelecimento de um limite mínimo, nem mesmo a fixação de uma sinistralidade. Além disso, no mercado brasileiro há produtos com características muito distintas. Alguns produtos com cadeia produtiva longa, com consultórios, clínicas laboratórios e hospitais independentes apurando resultado financeiro em cada uma dessas unidades e tem produtos verticalizados em que o resultado somente é percebido na operação da operadora. Portanto, o estabelecimento de um limite mínimo de sinistralidade não vai contemplar as diferentes características operacionais existentes no mercado, limitando, em última análise, as opções de escolha do consumidor. Além disso, a experiência internacional mostra que há um incentivo ruim, isto é, a operadora pode deixar de buscar a redução de custos tendo em vista que aumento da despesa assistencial implicará em aumento da receita líquida. O resultado disso, nos EUA, foi um aumento do prêmio mensal por beneficiáio (e inglês, premium per member per month) dos planos com reajuste por meta de sinistralidade acima da média da indústria. Isto pode ser visto no documento " Summary of the Updated Medical Loss Ratio Methodology and Historical Results"", da Sociedade americana de Atuários. O documento está disponível em ttps://www.soa.org/4b023f/globalassets/assets/files/resources/research-report/2019/mimimum-mlr-analysis.pdf

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Inclusão
307464	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Inclusão
307464	- I - deverão constar do contrato: (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Minuta de Norma - Reajuste Coletivo - RN 565/2022 alterada (31143141) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307464	§ 3º A rescisão pela operadora poderá ocorrer a qualquer tempo em caso de mudança nas caracterísiticas do contrato, comprovada fraude, inadimplênci ilegitimidade do contratante.
307464	II - alcançados pela Súmula Normativa nº 05/03.
307464	"I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em c que será apurado em período de doze meses consecutivos; b) o mês de aniversário do contrato; c) o período de apuração do índice, conforme definido na alínea ""a"" deste inciso. "

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, na obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Alterrações nas caractetísticas do contrato tais como a mudança da região da empresa ou do mix etário devem permitir a rescisão por parte da operadora, uma vez que tai alterações mudam o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.
307464	"Não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactaçã também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemo avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A preocupação da Abramge é ter uma ação que derrube os planos antigos sem TC, por essa razão nossa sugestão é separar cada situação para isolar ess planos. "
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, na obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida.. Adequação de redação. A apuração do reajuste é por período, sendo o reajuste aplicado no mês de aniversàrio. A redação proposta busca apenas para deixar mais claras informações que devem estar no contrato.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 9º A copar□cipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde; II - percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e III - valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a □tulo de coparticipação.	Exclusão
307464	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
307464	
307464	IV alcançados pelos Termos de Compromisso celebrados entre 2004 e 2005 que tratam de reajuste e revisão de planos de que trata o caput.

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde qu seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros meno suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros do produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem
307464	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, nã obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A preocupação da Abramge é ter uma ação que derrube os planos antigos sem TC, por essa razão nossa sugestão é separar cada situação para isolar ess planos."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão
307464	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307464	
307464	"I - A operadora deve apresentar relatório atuarial, devidamente auditado, demonstrando desequilíbrio na carteira ou em um agrupamento de contratos indi abrangidos na análise, tais como região, produto, idade dos contratos, dentre outros e o indíce necessário para revisão técnica, observada a Nota Atuari Revisão Técnica do Comitê de Pronunciamentos Atuariais (CPA) nº 39 do Instituto Brasileiro de Atuária(IBA), ou nota que vier a substituí-la; "

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde qu seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros meno suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros do produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem
307464	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, nã obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Os próprios atuário da operadora estão capacitados para avaliar a ameaça à solvência e a sustentabilidade dos produtos em questão.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Inclusão
307464	- Art. 2º São espécies de Mecanismos Financeiros de Regulação: I - coparticipação; e II - franquia.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307464	III - celebrados anteriormente a 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656.
307464	

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, na obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A preocupação da Abramge é ter uma ação que derrube os planos antigos sem TC, por essa razão nossa sugestão é separar cada situação para isolar ess planos. "
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobr este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde qu seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- II - a data, o percentual do reajuste aplicado ao contrato cole□vo e sua previsão contratual; (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) III - o valor cobrado; e IV - que o reajuste será comunicado à ANS pela internet, por meio de aplica□vo, nos prazos determinados pela Instrução Norma□va nº 13, de 21 de julho de 2006, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, ou em norma que vier a sucedê-la.	Alteração
307464	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307464	II - a data e o percentual do reajuste aplicado ao contrato coletivo;
307464	

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitivos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, nã obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo..Essa inclusão gera um grande problema operacional, custo regulatório e o contratante já tem acesso ao contrato.
307464	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, na obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Os critérios aqui propostos devem ser postos em avaliação juntamente com a Instrução Normativa, a fim de que possam ser discutidos em conjunto, haja vista que há implicações recíprocas."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307464	

Protocolo	Justificativa
307464	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (c aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras
307464	2025-02-09 19:02:46	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307464	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Alteração
307464	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307464	II - O índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ter a definição dos parâmetros e das variáveis utilizadas no cálculo, a demonstração da memória de realizada para a definição do percentual de reajuste, o período de observação e forma de divulgação conforme a RN 509;
307464	"§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, para a apuração da quantidad beneficiários, a operadora deverá levar em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a administradora."

Protocolo	Justificativa
307464	Em referência à proposta de texto da minuta para o inciso II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente. Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, nã obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A proposta de redaç da ANS não é precisa. O que é um índice claro e explícito? Além disso, há dúvidas em diversos agentes do mercado sobre se é necessário ser um índice oficial. A proposta de redação da ABRAMGE dá uma definição mais clara dos requisitos necessários para o índice em questão.
307464	Não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemo avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. Da forma proposta, basta um contrato da administradora se enquadrar na condição para que toc os contratos sejam agrupados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307474	2025-02-09 19:13:28	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307474	- Art. 2º da RN nº 413, de 2016	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307474	

Protocolo	Justificativa
307474	Prezada ANS, É crucial examinar as modificações que pretende fazer no Art. 2o da RN 413, de 2016, considerando sempre o que é mais benéfico para o consumidor. Com isso em mente, é importante destacar alguns aspectos que podem afetar negativamente essa decisão a ser tomada. Conforme a informação divulgada há 4 dias pela ANS em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/setor-de-planos-de-saude-fech 2024-com-numeros-recordes-de-beneficiarios#:~:text=Quanto%20aos%20dados%20por%20faixa,%2C%20nos%20%C3%BAltimos%2012%20meses), a fai etária que mais busca um plano de saúde é de 45 a 49 anos, seguida por 50 a 54 anos. Portanto, esta é a terceira geração onde se percebe uma grande dificuldade no uso de ferramentas tecnológicas, o que torna a contratação do plano de saúde mais complexa se realizada online. A comercialização de Planos de Saúde apresenta uma variedade de informações, caracterizando-se como uma transação totalmente consultiva, ao invés d uma venda direta. Além disso, existem muitos produtos com regras complexas que não podemos comparar de maneira completa. Há corretores com mais de 30 anos de experiência no mercado que se dedicam totalmente, mantendo-se constantemente atualizados sobre as alterações mercado, assegurando aos seus clientes a melhor experiência na aquisição do seu plano de saúde. Assim, entendemos que a tecnologia tem progredido e precisamos acompanhá-la, porém, devemos utilizá-la de maneira cautelosa para que tenha um impa positivo em nossa rotina diária. Assim, progredimos gradualmente, sem perder o ritmo. As automações podem ser extremamente úteis no setor de saúde, mas devem ser empregadas como um recurso, e não como um objetivo final. Att, Joanita Stephanny

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307499	2025-02-09 19:34:47	Consultoria
307505	2025-02-09 20:10:43	Consultoria
307506	2025-02-09 20:16:26	Operadora
307506	2025-02-09 20:16:26	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307499	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307505	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Exclusão
307506	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
307506	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307499	
307505	
307506	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Normativa, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da F Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 3 (três) meses após a publicação desta Resolução.
307506	

Protocolo	Justificativa
307499	Caríssima ANS, A escolha de contratar um plano de saúde online não é a mais adequada para o que o cliente procura, uma vez que são necessárias muitas informações pa que ele se sinta confiante ao contratar seu plano de saúde. Os corretores dedicam-se totalmente ao atendimento ao cliente, priorizando a clareza das informações e a excelência no serviço, que nunca pode ser realiza da mesma maneira por um robô. Solicitamos que revisem esta proposta, pois isso pode gerar problemas na contratação. Para os mais jovens, é necessário uma forma mais detalhada do produto, enquanto para os mais velhos, lidar com ferramentas tecnológicas pode ser um desafio. Em Att, Alcione Alda
307505	Sou consultora de planos de saúde ha 27 anos e criei meus filhos, formei e hoje ainda representa 100% da minha renda. Sempre trabalhei com clareza e honestidade e nunca tive problema nenhum (nem judicial) Meus clientes estão muitos satisfeitos com o meu trabalho, tant que, 80% das minhas vendas são por indicação. Tanto os meus clientes precisam de mim, quanto eu deles, para ter o meu sustento.
307506	Conforme demonstram os estudos elaborados, os planos individuais apresentam um déficit inegável, sendo que o resultado confirma a necessidade urgente uma revisão técnica, que beneficiará não apenas o desempenho das operadoras sem produtos individuais ativos, mas também contribuirá para a melhoria cenário geral. Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Comitê de Pronunciamento Atuarial - CPA 39 sob Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde.
307506	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistenciais. Ademais, a AN não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operado comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajuste não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial da operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307506	2025-02-09 20:16:26	Operadora
307506	2025-02-09 20:16:26	Operadora
307506	2025-02-09 20:16:26	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307506	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
307506	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Alteração
307506	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307506	
307506	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
307506	

Protocolo	Justificativa
307506	Este pode ser um requisito para a concessão, não para a solicitação. Para a solicitação, basta que o plano individual seja deficitário. A ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escolher a modalidade de plan que deseja comercializar. A necessidade de uma revisão técnica surge quando a carteira apresenta déficit, exigindo uma análise cuidadosa que comprove, meio de um estudo robusto, o impacto desse grupo na saúde financeira da operadora. Esse estudo deve demonstrar que as premissas utilizadas na formaç inicial do preço eram adequadas e realistas, evitando, assim, práticas oportunistas como a concorrência predatória. Em um mercado onde o percentual de reajuste para os planos individuais é indexado igualmente para todos, sem levar em conta as particularidades e necessidades financeiras de cada operador torna-se crucial que haja uma alternativa viável, concedida pela agência reguladora, para preservar a sustentabilidade dos contratos. Essa flexibilidade permitiria que operadoras ajustassem seus produtos de maneira justa e sustentável, assegurando a viabilidade dos planos e a proteção dos beneficiários. H um cenário de desequilíbrio que não consegue ser minorada pelos reajustes autorizados pela ANS. A depender do mercado de atuação da operadora, regiã com escassez de recursos assistenciais pode haver custos variados que irão impactar a operadora ao longo do tempo. Não permitir equilíbrio dos pactos vi princípios contratuais contidos na legislação civil, pois existe verdadeira obrigação de o contratado manter em vigor contratos em que as contraprestações n são suficientes para cobrir-lhes os custos. Assim, o reajuste técnico é medida de adequação à lei e à justiça contratual. Alternativamente, sugere-se que se possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica. A existência de uma carteira de contratos legado, que eventualmente necessite de ajustes, não justifica, por si só, a imposição de interferências diretas na estratégia comercial d operadora. Por fim, em se mantendo o texto, se faz necessário definir o que seria o termo “continuada”.
307506	Entende-se que a norma deve passar a valer o quanto antes, vez que muitas operadoras apresentam planos individuais deficitários. Não se pode ignorar qu de conhecimento que as carteiras de planos individuais estão subsistindo através do financiamento que ocorre com os planos coletivos, sendo que os estud elaborados demonstram uma sinistralidade de mais de 90% desse tipo de contratação. Assim, é imperioso que a normativa seja levada a efeito o mais brev possível.
307506	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizon de tempo relevante, bem como a comunicação prévia aos beneficiários conforme consta na minuta. É importante destacar que este instrumento não deve s entendido como um benefício, mas sim como um direito às operadoras, pois é essencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços assistencia Ademais, a ANS não deve consignar a comercialização de planos individuais à concessão de revisão técnica. As operadoras devem ter a liberdade de escol a modalidade de plano que deseja comercializar. Alternativamente, sugere-se que seja possível um termo de compromisso/declaração que a operadora comprove a comercialização após a concessão da revisão técnica.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307506	2025-02-09 20:16:26	Operadora
307506	2025-02-09 20:16:26	Operadora
307506	2025-02-09 20:16:26	Operadora

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307506	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
307506	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
307506	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307506	
307506	Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde mantidos pelas operadoras deverá observar o disposto nesta Resolução Normat
307506	Art. 5º A ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária, tend referência a metodologia trazida pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) através do Comitê de Pronunciamentos Atuariais – CPA nº 39, de 2024, sobre Nota de Revisão Técnica no âmbito da Saúde Suplementar.

Protocolo	Justificativa
307506	Entende-se que a proposta da ANS em se manter os critérios previstos e de forma cumulativa não pode prosperar, já que inexiste uma análise distinta da carteira de planos individuais. O que a ANS propõe é o financiamento da carteira dos planos individuais pela carteira de planos coletivos. Deve ser excluído inciso I, sob pena de desestimular a oferta de planos individuais, pois basta que a carteira de planos individuais seja deficitária. Quando a operadora estiver risco de solvência, por desequilíbrio econômico-financeiro, existe uma ameaça confirmada que envolve toda carteira da operadora. Logo, o pedido de revisã técnica do plano individual ou familiar perde o seu sentido e tende a não ser efetivo, considerando todos os trâmites a serem observados entre pedido, aprovação, aplicação e resultado. Nesse sentido, os estudos atuariais realizados pela Unimed do Brasil com base nos dados das 279 operadoras integrant do Sistema Unimed (que serão enviados por meio de ofício à ANS) apresentam um percentual de sinistralidade do plano individual de mais de 90% se analisado o período de out/21 a set/24, muito superior aos planos coletivos, o que demonstra ser inadiável a possibilidade de revisão técnica, sob pena de chancelar o financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos, o que tornará a saúde suplementar inviável a longo prazo. Em relação ao critério d elegibilidade, não é coerente que a análise geral da carteira seja priorizada. Os dados apresentados nos estudos realizados (que serão enviados à ANS) demonstram que a sinistralidade das contratações individuais é consistentemente superior à média geral. Além disso, observa-se que os contratos coletivo acabam subsidiando os resultados na análise global. As propostas da CP nº 145, no que dizem respeito ao reajuste dos planos coletivos e ao mecanismo d regulação financeira, irão impactar ainda mais o resultado global, já que o financiamento por parte dos produtos coletivos diminuirá em decorrência da propo apresentada. Ou seja, até que a Operadora atenda ao critério deste inciso (apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência), sinistralidade do tipo de contratação individual estará superior, o que implicará em dificuldade ainda maior de reversão e os impactos/aumento para os beneficiários serão mais elevados e poderão durar por mais tempo, mediante uma possível limitação anual. Nos casos apresentados a seguir, fica clara a necessidade de revisão técnica, porém, pelo critério adotado, a Operadora não seria contemplada em nenhum dos períodos, pois a maior sinistralidade est em 83%. Isso ocorre em decorrência do financiamento dos planos coletivos. Não se analisando por esse cenário, não haverá possibilidade de revisão técni já que os coletivos financiarão o individual, desestimulando assim a oferta desse tipo de contratação pelas operadoras. Se considerar o primeiro requisito, demonstração de situação de "solvência" demoraria a acontecer, já que existe um financiamento dos planos individuais pelos planos coletivos. Se manter critério, quando a sinistralidade alcançar a situação de "solvência" já nem será possível recuperar, tamanha dificuldade econômico-financeira que a operado apresentará. Aliás, no que tange à demonstração de desequilíbrio da carteira de planos individuais, já que a ANS entende a meta de sinistralidade de 75% suficiente para fins de cálculo do reajuste do plano coletivo, entende-se que o mesmo indicador poderia ser um parâmetro para concessão da revisão técni nos planos individuais. Ou seja, ultrapassada essa meta, seria possível a concessão da revisão técnica.
307506	Necessário incluir todos os planos não regulamentados, devido à defasagem que eles apresentam atualmente, gerando grandes prejuízos e vultuoso resulta negativo, que podem ocasionar a quebra da operadora, especialmente aquelas que possuam uma carteira considerável de planos não regulamentados. Apenas para citar um exemplo, dentre de tantos outros, a Unimed Sergipe possui mais de 60% da carteira nessa situação e esse é só um caso em que se n houver a possibilidade de revisão técnica, com a ocorrência do financiamento dos planos coletivos, a longo prazo certamente não será sustentável.
307506	Para auxiliar e acelerar a edição da normativa, sugere-se que ANS considere se basear no Pronunciamento Atuarial - CPA 39/24 sobre Nota Atuarial de Revisão Técnica, do IBA, que contempla critérios completamente pertinentes, capazes de direcionar a atividade atuarial relativa à revisão técnica de uma carteira de planos de saúde. Ressalta-se que o IBA é a instância responsável por deliberar sobre pronunciamentos atuariais que levam em conta o caráte técnico do tema, além de abordar aspectos principiológicos atuariais.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307506	2025-02-09 20:16:26	Operadora
307452	2025-02-09 20:17:51	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307506	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão
307452	- Art. 2º da RN nº 413, de 2016	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307506	
307452	

Protocolo	Justificativa
307506	Não há contrapartidas a serem exigidas, exceto a realização de um estudo adequado que elimine a necessidade de futuras revisões técnicas em um horizor de tempo relevante. O texto em questão apresenta-se demasiadamente subjetivo, falta de clareza nas definições sobre o que constitui essas "outras contrapartidas", podendo levar a interpretações vagas, dificultando o planejamento e a execução de ações pelas operadoras de planos de saúde. Por fim importante destacar que este instrumento não deve ser entendido como um benefício, mas sim como uma exigência essencial para garantir a continuidade prestação dos serviços assistenciais.
307452	A venda online representa alternativa para os modelos de negócios, mas o papel da regulação deve observar principalmente o setor de saúde e as suas peculiaridades. Por isso, deve existir de modo obrigatório em contextos que beneficiem os usuários e os atores setoriais, o que não é o caso do mercado regulado pela ANS, sendo incabível a alteração proposta pelo art. 2º da RN nº 413, de 2016. Qualquer forma de imposição é negativa, tendo em vista que representa excesso de intervenção estatal. Contraria-se, portanto, o disposto no inciso III do a 2º da Lei de Liberdade Econômica (LLE), que estabelece como princípio a intervenção subsidiária e excepcional do Estado sobre o exercício de atividades econômicas. Consequentemente, nota-se a inobservância da liberdade econômica, resguardada em âmbito constitucional. Dentre as diversas previsões, a livre inciativa como um dos pilares da liberdade econômica, é considerada um dos fundamentos da República (art. 1º, IV, CF). Assim, as operadoras devem ter a sua autonomia preservada e a imposição de venda online fere a determinação que devem ter quanto aos seus modelos de negócio. Nesse contexto, é fundamental que a ANS respeite os princípios constitucionais da liberdade econômica, da livre iniciativa e da concorrência, bem como a L de Liberdade Econômica (LLE - Lei 13.874/2019). A Constituição resguarda o setor privado de interferências arbitrárias e a venda online representa uma alternativa de comercialização, que persiste ainda que não haja a opção em comento. Portanto, as operadoras devem utilizar a venda online como opções disponíveis, de modo facultativo, sem que precisem adequar os seus produtos e serviç para a comercialização no ambiente digital. Os impactos da determinação transcendem a mera comercialização, posto que podem impactar os beneficiários a concorrência. No caso dos beneficiários, entende-se que a existência de um corretor favorece a melhor adequação entre as necessidades e os planos a serem contratado Isso ocorre pela indicação das melhores oportunidades aos beneficiários, mediante a avaliação do contexto personalizados e individual de cada um. Há o receio que a imposição da venda online implique negativamente na escolha do consumidor, que poderia considerar determinados planos adequados, s que houvesse a análise personalizada. Os receios decorrem do perfil dos planos, que são voltados para a contratação individual ou familiar, planos coletivo por adesão e planos coletivos empresariais para a contratação por empresário individual. Ademais, a venda online aumenta o risco de fraude, que possui implicações ainda mais graves para a vida dos beneficiários, pois se refere à contratação d planos de saúde.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307452	2025-02-09 20:17:51	Outro
307452	2025-02-09 20:17:51	Outro
307452	2025-02-09 20:17:51	Outro
307452	2025-02-09 20:17:51	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307452	- Art. 6º A ANS definirá em Instrução Norma□va como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.	Alteração
307452	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Exclusão
307452	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Exclusão
307452	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307452	Art. 6º A ANS definirá em Instrução Normativa como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência e recortes da carteira, lim valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.
307452	
307452	
307452	

Protocolo	Justificativa
307452	Observa-se, ainda, que a redação do artigo 6º deve ser aperfeiçoada, com a finalidade de incluir a abrangência da carteira e os seus respectivos recortes. C isso, busca-se que a norma tenha mais precisão
307452	Em continuidade à busca pelo aperfeiçoamento da nova norma, considera-se relevante a exclusão do art. 5º, que prevê que a ANS definirá em Instrução Normativa a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária. A proposta não indica o modo como iss deve ocorrer, com o caráter discricionário, o que é inviável em questões técnicas. Para evitar tal insegurança jurídica, o meio mais apropriado seria a adoção de metodologia com o amparo atuarial e base de dados por auditoria independer Como requisito, é preciso que tai auditoria seja registrada na Comissão de Valores Mobiliários (CVM).
307452	Observa-se risco de norma excessivamente vaga, no teor proposto no art. 7º, sobre o detalhamento do procedimento de apuração por Instrução Normativa Por isso, também deve ser excluído. Para que critérios sejam estabelecidos, é fundamental que sejam avaliados previamente, com discussões e avaliaçõe sobre as possíveis implicações. A norma não contempla tais etapas de análise e permite que isso ocorra sem o devido rigor técnico. Desse modo, nota-se que a revisão técnica deve ser amparada em critérios técnicos, claros e objetivos. Por isso, os dispositivos com o teor abertos, vago discricionário devem ser excluídos ou, ao mesmo, adaptados para que tenham mais clareza e contribuam para promover a segurança jurídica.
307452	Em busca da coerência com outras normas, entende-se que deve ser excluída o disposto sobre a apresentação de evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar. O risco da manutenção da proposta consiste no agravamento da carteira, ca haja a comercialização em desequilíbrio atuarial. Isso se aplica ao disposto no art. 4º, que prevê contrapartidas da ANS, para a operadora contemplada com o instituto da Revisão Técnica. O teor é aberto permite a discricionariedade da ANS, o que contribui para a insegurança jurídica dos regulados. É preciso que haja clareza na legislação, como meio de prez pela eficiência do uso dos recursos públicos na atuação dos entes reguladores. Nessa linha, recomenda-se também a exclusão do inciso I do art. 4º, que estabelece a oferta da venda e da portabilidade de planos individuais ou familiares modalidade on-line. A revisão técnica não se aplica a tais casos, de modo que não se justifica a imposição da contrapartida. Como não há previsão legal par exigência, a previsão extrapola o princípio da legalidade dos atos da administração pública, que deve atuar apenas quando há previsão legal.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307452	2025-02-09 20:17:51	Outro
307452	2025-02-09 20:17:51	Outro
307452	2025-02-09 20:17:51	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307452	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração
307452	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão
307452	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307452	I - A operadora é obrigada a fornecer um relatório atuarial que tenha sido auditado, evidenciando qualquer desequilíbrio na sua carteira ou em um conjun contratos individuais que estão sendo analisados, considerando fatores como região, tipo de produto, idade dos contratos, entre outros. Além disso, deve ir índice necessário para a revisão técnica, conforme a Nota Atuarial de Revisão Técnica do Comitê de Pronunciamentos Atuariais (CPA) nº 39 do Instituto Br de Atuária (IBA) ou qualquer documento que venha a substituí-la.
307452	
307452	I – com a antecedência mínima de 3 (três) meses, deve ocorrer a comunicação aos beneficiários sobre a aplicação da Revisão Técnica. II - por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica, deve ocorrer a venda de planos individuais ou familiares

Protocolo	Justificativa
307452	No art. 3º, a norma proposta pela ANS deve considerar que os atuários das operadoras possuem a devida capacidade para avaliar contratos individuais e agrupamentos. Por meio da apresentação de relatório atuarial, com a devida auditoria, é possível avaliar eventuais ameaças à solvência e à sustentabilidad do grupo. Sugere-se a seguinte redação ao inciso I: A operadora é obrigada a fornecer um relatório atuarial que tenha sido auditado, evidenciando qualquer desequilíbrio na sua carteira ou em um conjunto d contratos individuais que estão sendo analisados, considerando fatores como região, tipo de produto, idade dos contratos, entre outros. Além disso, deve inc o índice necessário para a revisão técnica, conforme a Nota Atuarial de Revisão Técnica do Comitê de Pronunciamentos Atuariais (CPA) nº 39 do Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) ou qualquer documento que venha a substituí-la. No entanto, existem pontos na norma proposta que se tornam redundantes, ao considerar a existência de outros normativos. Por exemplo, o Código de Pronunciamento Atuarial (CPA) do Instituto Brasileiro de Atuária já possui previsões sobre a apresentação de desequilíbrios na carteira. Por isso, bastaria adequação, com a indicação sobre a definição do prazo de aplicação de 36 meses, em atenção ao disposto no CPA. Assim, ainda em busca da coerência com outras normas, entende-se que deve ser excluída o disposto sobre a apresentação de evidência de comercializaç ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar. O risco da manutenção da proposta consiste no agravamento da carteira, caso haja a comercialização em desequilíbrio atuarial.
307452	No art. 3º, sugere-se a alteração do inciso I e a exclusão dos incisos II e III. No inciso I, a norma proposta pela ANS deve considerar que os atuários das operadoras possuem a devida capacidade para avaliar contratos individuais e agrupamentos. Por meio da apresentação de relatório atuarial, com a devida auditoria, é possível avaliar eventuais ameaças à solvência e à sustentabilidade do grupo. No entanto, existem pontos na norma proposta que se tornam redundantes, ao considerar a existência de outros normativos. Por exemplo, o Código de Pronunciamento Atuarial (CPA) do Instituto Brasileiro de Atuária já possui previsões sobre a apresentação de desequilíbrios na carteira. Por isso, bastaria adequação, com a indicação sobre a definição do prazo de aplicação de 36 meses, em atenção ao disposto no CPA. Assim, ainda em busca da coerência com outras normas, entende-se que deve ser excluída o disposto sobre a apresentação de evidência de comercializaç ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar. O risco da manutenção da proposta consiste no agravamento da carteira, caso haja a comercialização em desequilíbrio atuarial.
307452	Recomenda-se a exclusão do inciso I do art. 4º, que estabelece a oferta da venda e da portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-lir A revisão técnica não se aplica a tais casos, de modo que não se justifica a imposição da contrapartida. Como não há previsão legal para a exigência, a previsão extrapola o princípio da legalidade dos atos da administração pública, que deve atuar apenas quando há previsão legal. Sendo assim, como meio de resguardar os planos individuais ou familiares, entende-se necessária a previsão da manutenção da sua venda pelo período d três anos após a concessão da Revisão Técnica. A norma seria mais clara se estabelecesse tal previsão, como meio de adequar o teor do inciso III do art. 4 No lugar da exigência da apresentação da evidência continuada e avida dos planos individuais ou familiares de assistência médico- hospitalar, sugere-se qu redação passe a estabelecer o prazo e o teor indicado. A nova norma passaria a ter mais clareza, com preceitos precisos, com a exclusão do inciso I e a alteração e renumeração dos incisos II e III, conforme indicado.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307523	2025-02-09 20:49:35	Operadora
307520	2025-02-09 21:30:29	Consultoria

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307523	- Art. 1º O art. 2º, da Resolução Norma□va nº 413, de 11 de novembro de 2016, passa a vigorar com a seguinte redação:	Exclusão
307520	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307523	
307520	

Protocolo	Justificativa
307523	A interferência do órgão regulador na forma como uma empresa deverá comercializar seus produtos afronta normas constitucionais e legais. Ademais, além necessidade de uma estrutura (tecnológica, fundo financeiro) a comercialização obrigatória online pode acarretar o aumento de fraudes, que já veem prejudicando as operadoras. A prestação de serviços continuados e relacionados ao tema sensível como a saúde não deve ser tratada da forma simplista como de uma operação na internet de aquisição de bens de consumo em geral: contratar um plano de saúde não é o mesmo que comprar um ar condiciona ou qualquer produto. Embora a venda online possa facilitar o acesso aos planos de saúde, ela também acarreta o aumento do risco de desinformação, um vez que os consumidores enfrentarão dificuldades para compreender todas as cláusulas e implicações de um plano de saúde, especialmente, com a ausên de orientação clara durante o processo de contratação. A experiência tem mostrado que a contratação digital facilita bastante processos de fraude, inclusiv com criação de empresas falsas, documentos forjados etc., tal como já ocorre no setor bancário. Ao contrário do pretendido, tal ação faz com que as operadoras tenham que disponibilizar uma estrutura para entrevista qualificada presencial, com aplicação obrigatória de perícia médica em cidades diversa Tudo isto reverterá em custo acrescido para o mercado assistencial. Em relação ao oferecimento de contratação eletrônica de planos coletivos empresaria por empresário individual, pode impactar em problemas de reajuste. Já que existe a previsão de direito de arrependimento na RN 413 e no CDC, entende-s que pode haver a utilização de atendimento de urgência/emergência de forma mal-intencionada, sendo necessária previsão normativa para cobrança dos serviços utilizados. Além disso, essa obrigatoriedade tem impacto nas operadoras de menor porte em função da necessidade de estrutura (tecnológico e financeiro), dificultando ainda mais a permanência no mercado e abrindo espaço para concentração das grandes. Assim, entendemos que tal instituto dev continuar como opcional. Também vale a pena conhecer as dificuldades que o setor bancário tem enfrentado com a contratação digital, intimamente ligada com fraudes e prejuízos financeiros.
307520	A proposta sobre esse item é mesmo de excluir, porque a definição de limites de cobrança de coparticipação, segundo foi exposto, não se justifica. Se base no que, possivelmente, existe na relação de valores cobrados e mensalidades, do jeito que o instituto está tratado, me parece que reforça a pouca eficácia c se identifica, ao invés de procurar transformar a coparticipação como mecanismo efetivo e compreendido. Mais uma vez, a ANS pode sofrer enfrentamento, como ocorreu com a RN 433 que tinha definido em 40%, e que levou a OAB a questionar a competência ANS para regulamentar os mecanismos. Me parece que a ANS nada fez, de lá pra cá, para levar essa discussão a ser aprofundada, procurando mudar a percepção da importância do mecanismo que pode auxiliar a dar mais racionalidade no funcionamento do setor. A mera redução dos limites, sem um tratamento adequado, corre o risco de sofrer novamente um enfrentamento, e, da última decisão do STF, o que se ext é que a ANS poderia não ter incompetência, e/ou de tornar o mecanismo ineficaz face à limitação tão exígua, baseada no valor da mensalidade que, como sabe, já mais baixa frente aos planos sem coparticipação. E o último risco é o da ANS ficar limitada ao que agora propõe, como se contivesse nessa proposta algo efetivamente estudado como limites fundamentad Esse instrumnento tem efetiva importância, sendo mesmo a base de funcionamento de diversos planos em operadoras espalhadas pelo Brasil, e que, em eventual aprovação da proposta pode acarretar problemas estruturais. Como foi bem dito na Audiência Pública, NÃO se tem registro efetivo de quantidade de reclamações a respeito de coparticiação que mereça uma atenção especial de imediato. O tema deve ser tratado pela ANS, mas me parece relevante que a ANS abra essa discussão de uma forma efetiva,

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307518	2025-02-09 22:05:52	Outro
307518	2025-02-09 22:05:52	Outro
307518	2025-02-09 22:05:52	Outro
307518	2025-02-09 22:05:52	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307518	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
307518	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão
307518	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
307518	- b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) II - o índice mencionado no inciso I deste ar□go deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente; (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecu□vos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; (Renumerado do inciso II pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307518	
307518	
307518	Texto proposto RESUMO: Sugere-se que sejam testados tamanhos maiores de agrupamento de contratos de forma gradual, até ser alcançado o ponto ótimo, em que o aumento mutualismo permanece mais relevante que o aumento da seleção adversa. Em outros termos, entende-se que o aumento do limite de agrupamento para a valor entre 200 e 400 beneficiários seria mais produtivo e menos arriscado. IMPORTANTE: Argumentação completa consta no documento anexado ao ofício enviado à DIPRO/ANS
307518	RESUMO: Sugere-se que o texto desse inciso seja ajustado para que a agência torne claro quais são os índices de preço permitidos, ainda que seja por meio de exem exaustivos -- como IPCA, INPC, IPC-FIPE, IGP ou até componentes específicas de determinado índice. Além disso, recomenda-se fortemente que seja per uso de índices setoriais, além dos índices de preço tradicionalmente utilizados para análise de inflação IMPORTANTE: Argumentação completa consta no documento anexado ao ofício enviado à DIPRO/ANS

Protocolo	Justificativa
307518	RESUMO: Recomenda-se veementemente que seja preservada essa prerrogativa existente da aplicação conjunta de índice com reajuste por meta de sinistralidade. A combinação desses fatores ´e crucial para a estabilidade financeira do contrato pactuado, pois eles endereçam aspectos distintos e são complementares IMPORTANTE: Argumentação completa consta no documento anexado ao ofício enviado à DIPRO/ANS
307518	RESUMO: A interferência nos preços praticados pelos participantes de mercado por meio dos reajustes pode criar distorções profundamente prejudiciais ao acesso à saúde no país. É inevitável citar o efeito causado pela regulação do reajuste dos planos individuais. A comercialização desse produto é cada vez menos interessante para as operadoras, basicamente por ter os reajustes limitados pela fórmula utilizada pela ANS, ser vedado o cancelamento unilateral e o setc estar exposto cada vez mais a agravantes de sinistro. IMPORTANTE: Argumentação completa consta no documento anexado ao ofício enviado à DIPRO/ANS
307518	Texto proposto RESUMO: Sugere-se que sejam testados tamanhos maiores de agrupamento de contratos de forma gradual, até ser alcançado o ponto ótimo, em que o aumento do mutualismo permanece mais relevante que o aumento da seleção adversa. Em outros termos, entende-se que o aumento do limite de agrupamento para alg valor entre 200 e 400 beneficiários seria mais produtivo e menos arriscado. IMPORTANTE: Argumentação completa consta no documento anexado ao ofício enviado à DIPRO/ANS
307518	RESUMO: Sugere-se que o texto desse inciso seja ajustado para que a agência torne claro quais são os índices de preço permitidos, ainda que seja por meio de exemplos não exaustivos -- como IPCA, INPC, IPC-FIPE, IGP ou até componentes específicas de determinado índice. Além disso, recomenda-se fortemen que seja permitido o uso de índices setoriais, além dos índices de preço tradicionalmente utilizados para análise de inflação IMPORTANTE: Argumentação completa consta no documento anexado ao ofício enviado à DIPRO/ANS

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307518	2025-02-09 22:05:52	Outro
307513	2025-02-09 22:16:48	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307518	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
307513	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307518	RESUMO: Reunir produtos de perfis notadamente diferentes é um risco para a estabilidade do setor. Representaria, uma vez mais, redução de flexibilidade na precifi realizada pelas operadoras, além da inerente dificuldade de operacionalizar tamanha modificação nos modelos atuariais. Ressalta-se que os planos coletivos por adesão sabidamente possuem características mais semelhantes aos planos individuais do que aos planos colet empresariais, pelo seu mecanismo de funcionamento. IMPORTANTE: Argumentação completa consta no documento anexado ao ofício enviado à DIPRO/ANS
307513	§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, para a apuração da quantidad beneficiários, a operadora deverá levar em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a administradora.

Protocolo	Justificativa
307518	RESUMO: Reunir produtos de perfis notadamente diferentes é um risco para a estabilidade do setor. Representaria, uma vez mais, redução de flexibilidade na precificação realizada pelas operadoras, além da inerente dificuldade de operacionalizar tamanha modificação nos modelos atuariais. Ressalta-se que os planos coletivos por adesão sabidamente possuem características mais semelhantes aos planos individuais do que aos planos coletivo empresariais, pelo seu mecanismo de funcionamento. IMPORTANTE: Argumentação completa consta no documento anexado ao ofício enviado à DIPRO/ANS
307513	Entende-se que o § 5º deve considerar todos os beneficiários vinculados ao contrato com a administradora para a apuração da quantidade de beneficiários Isso se aplica ao caso de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 11. Os limites fixados no art. 5º e no § 2º do art. 9º, desta Resolução Norma□va, poderão ser majorados em até 50% (cinquenta por cento) por acordos ou convenções cole□vas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista vigente.	Exclusão
307525	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307525	
307525	§ 2º A primeira vigência excepcionalmente durará 24 meses; as subsequentes com 12 meses;

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem
307525	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A proposta visa a proteção dos contratantes, reduzindo o número de resciões contratuais após apenas 12 meses de contratação.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Alteração
307525	- Art. 6º A ANS definirá em Instrução Norma□va como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira, limites de valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.	Alteração
307525	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307525	II - O índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ter a definição dos parâmetros e das variáveis utilizadas no cálculo, a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste, o período de observação e forma de divulgação conforme a RN 509;
307525	Art. 6º A ANS definirá em Instrução Normativa como se dará a aplicação da Revisão Técnica, em termos de prazos, abrangência da carteira e seus respectivos recortes, limites de valores e procedimentos de acompanhamento do desempenho da carteira.
307525	§ 1º O contrato de plano de assistência à saúde coletivo por adesão ou empresarial de pequena e média empresa incluídos no agrupamento só poderá ser rescindido pela operadora, desde que na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias.

Protocolo	Justificativa
307525	Em referência à proposta de texto da minuta para o inciso II - o índice mencionado no inciso I deste artigo deverá ser um índice de preço claro e explícito, divulgado publicamente. Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A proposta de redação da ANS não é precisa. O que é um índice claro e explícito? Além disso, há dúvidas em diversos agentes do mercado sobre se é necessário ser um índice oficial. A proposta de redação da ABRAMGE dá uma definição mais clara dos requisitos necessários para o índice em questão.
307525	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Adequação de redação."
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. O redação vista proteger os contratos coletivos por adesão e os de pequena e média empresa que farão parte do pool até 199 vidas (vide proposta de alteração da RN 565.) Os contratos coletivos empresariais maiores de 199 vidas não necessitam dessa proteção em virtude da compra de carência.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Alteração
307525	- VI - a meta de sinistralidade para cálculo de reajuste em contratos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica ou em agrupamento de contratos terá limite mínimo de 75% (setenta e cinco por cento). (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307525	"I - A operadora deve apresentar relatório atuarial, devidamente auditado, demonstrando desequilíbrio na carteira ou em um agrupamento de contratos individuais abrangidos na análise, tais como região, produto, idade dos contratos, dentre outros e o indíce necessário para revisão técnica, observada a Nota Atuarial de Revisão Técnica do Comitê de Pronunciamentos Atuariais (CPA) nº 39 do Instituto Brasileiro de Atuária(IBA), ou nota que vier a substituí-la;
307525	

Protocolo	Justificativa
307525	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Os próprios atuários da operadora estão capacitados para avaliar a ameaça à solvência e a sustentabilidade dos produtos em questão.
307525	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitivos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo.Estabelecer uma meta de sinistralidade não é uma decisão boa sob o ponto de vista de regulação. Há diferenças de operações em função de regiões geográficas no Brasil, de nichos ou segmentos de mercado atendidos, de atividade ocupacional dos beneficiários, em remuneração de intermediários, de custos indiretos entre outras. Em virtude disso, não seria salutar para o desenvolvimento do setor, incluindo a ampliação do acesso das pessoas a planos de saúde, o estabelecimento de um limite mínimo, nem mesmo a fixação de uma sinistralidade. Além disso, no mercado brasileiro há produtos com características muito distintas. Alguns produtos com cadeia produtiva longa, com consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais independentes apurando resultado financeiro em cada uma dessas unidades e tem produtos verticalizados em que o resultado somente é percebido na operação da operadora. Portanto, o estabelecimento de um limite mínimo de sinistralidade não vai contemplar as diferentes características operacionais existentes no mercado, limitando, em última análise, as opções de escolha do consumidor. Além disso, a experiência internacional mostra que há um incentivo ruim, isto é, a operadora pode deixar de buscar a redução de custos tendo em vista que o aumento da despesa assistencial implicará em aumento da receita líquida. O resultado disso, nos EUA, foi um aumento do prêmio mensal por beneficiáio (em inglês, premium per member per month) dos planos com reajuste por meta de sinistralidade acima da média da indústria. Isto pode ser visto no documento ""A Summary of the Updated Medical Loss Ratio Methodology and Historical Results"", da Sociedade americana de Atuários. O documento está disponível em: ttps://www.soa.org/4b023f/globalassets/assets/files/resources/research-report/2019/mimimum-mlranalysis.pdf

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307525	

Protocolo	Justificativa
307525	Em referência ao "III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar." Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A comercialização de planos individuais não é exigência da legislação para a aplicação da revisão técnica. Além disso, a continuação da comercialização de um produto em desequilíbrio atuarial pode agravar a situação da carteira. A comercialização da mesma pode ser retomada caso o produto volte a ser sustentável.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 4º Para conceder a isenção a que se refere o art. 3º desta Resolução, 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.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307525	

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 5º O limite de exposição financeira consiste no valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de um Mecanismo Financeiro de Regulação, devendo ser aplicado da seguinte forma: I - limite anual: o valor máximo devido por um beneficiário no período de um ano, a contar da vigência do contrato, não pode ultrapassar o valor correspondente a 3,6 (três vírgula seis) contraprestações pecuniárias base; e II - limite mensal: o valor máximo a ser pago por um beneficiário, em cada mês, não pode ser superior a 30% (trinta por centro) do valor da contraprestação pecuniária base mensal devida pelo mesmo beneficiário.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307525	

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307525	

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 1º A presente Resolução Norma□va dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 1 fatores moderadores de u□lização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea “a” do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respec□vas alíneas do art. 19, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos e	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307525	

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 2º São espécies de Mecanismos Financeiros de Regulação: I - coparticipação; e II - franquia.	Exclusão
307525	- Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307525	
307525	III - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, nos termos contratados, este deverá considerar para o cálculo a proporção entre as despesas e provisões assistenciais e as receitas líquidas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato;

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Nem a redação original nem a proposta da ANS na CP 145 incluem as provisões técnicas entre os critérios que devem ser levados em consideração para a aplicação do reajuste por sinistralidade, o que é o mais correto do ponto de vista técnico. A proposta visa corrigir isto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307525	

Protocolo	Justificativa
307525	Em referência ao "II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e ": "Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. O exposto na norma é o que é recomendado pelo Código de Pronunciamento Atuarial (CPA) do Instituto Brasileiro de Atuária sobre o tema. Portanto, a exigência é redundante com a redação proposta pela ABRAMGE no inciso I.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 12. É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde concederem desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou outra vantagem análoga que tenha por obje□vo incen□var u□lização consciente dos procedimentos e eventos em saúde cobertos pelo produto contratado pelo beneficiário desde que não importe inibição à utilização necessária dos serviços de saúde.	Exclusão
307525	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
307525	
307525	§ 3º Nos contratos coletivos por adesão a operadora deverá agrupar os contratos de uma mesma administradora de benefício.

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (c aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. , a inclusão do parágrafo único buscou agrupar todos os contratos coletivos por adesão de uma operadora de uma mesma administradora de benefícios em um único grupo.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- I - os percentuais de reajuste aplicados; e (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) II - as alterações de coparticipação e franquia.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307525	I - os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e

Protocolo	Justificativa
307525	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitivos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. Deve ser mantida a redação original, porque a composição do reajuste deve repor a variação de preço e de utilização do período anterior e evitar que isso ocorra no período subsequente. As cláusulas de reajuste que buscam a sinistralidade meta tem como valor alvo a sinistralidade ao fim do próximo exercício. É essa sinistralidade que será impactada pela assunção dos riscos que estão sob avaliação. Esse ponto é fundamental. Considerando que a data-base de avaliação/precificação da carteira é t, a sinistralidade esperada do próximo exercício (ou seja, a sinistralidade em t+1) deve estar em um valor que seja suficiente para arcar com a estrutura de custos da operadora ao final de t+1, e não meramente recompor a sinistralidade passada de t.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307525	"Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar pelo menos dois tipos de agrupamentos para fins de cálculo do percentual do reajuste, sendo um deles com contratos coletivos por adesão e outro com contratos coletivos empresariais, devendo estes obrigatoriamente incluírem os contratos com menos de 200 beneficiários."

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A ampliação do número de vidas nos agrupamentos não é uma garantia de solução do problema de base nos contratos dos planos empresariais até 29 vidas. A análise da ANS mostrou que há uma discrepância no reajuste de preços entre os produtos do agrupamento (menos que 29 vidas) e os demais planos empresariais. Entretanto, não foram apontados os motivos disso acontecer, além da suposição de que seja o poder de barganha dos planos com maior número de vidas. Na visão das operadoras associadas à ABRAMGE, o descolamento dos reajustes de preço desses produtos dos reajustes dos produtos com mais vidas decorre também da maior variação dos custos médico-hospitalares destes produtos. Os planos que atualmente compõem o pool de risco são muito mais vulneráveis à seleção adversa, por exemplo. Esse custo maior precisa ser repassado aos preços dos produtos de maneira a manter o equilíbrio econômico- financeiro dos contratos. Ao propor a ampliação d agrupamento, a ANS está agrupando segurados com riscos diferentes. Isso não é salutar para o mercado, uma vez que um dos pilares da saúde suplementar - um mercado similar ao dos seguros - é que o agrupamento precisa que os riscos sejam semelhantes, sob pena de tornar o seguro pouco atrativo para quem tem um risco baixo ou que aconteça a seleção adversa. Uma mudança que tem um impacto tão significativo sobre o setor precisa de mais suporte emtermos de evidências - isto é - de que a discrepância deve ao poder de barganha. Outro aspecto que não foi considerado pela ANS é se há impactos no reajuste dos planos coletivos quando considerada a perspectiva do porte da operadora. Por isso, a sugestão da Abramge é a de que o agrupamento seja feito de maneira conservadora, promovendo nesta revisão da regulação o aumento do agrupamento para 199 vidas no máximo, com posterior avaliação dos resultados obtidos

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307525	Art. 4º A operadora contemplada com o insituto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e II - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica.

Protocolo	Justificativa
307525	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, no obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Pelos mesmos motivos da regra anterior quanto ao tema da Revisão Técnica e pela não discricionariedade de depender de análises não previstas em norma pelo regulador. Ademais, o instuto da revisão técnica, nem na sua forma téorica nem na legislação, exige a obrigatoriedade de comercialização. A contrapartida não se justifica tecnicamente nem legalmente. Além de não estar prevista como condição para a revisão técnica na legislação, a exigência afronta a lei de liberdade econômica. A revisão técnica de preços é um instrumento pelo qual o regulador reconhece que nenhum modelo regulatório é capaz de capturar, de maneira perfeita, todas as forças que atuam em um determinado mercado. Um modelo regulatório, necessariamente, vai falhar, seja dando subreajustes ou sobrereajustes. O objetivo da revisão técnica é justamente o de recuperar o equilíbrio econômico- financeiro dos contratos. Desta forma, com o passar do tempo, é necessário revisar o quanto os contratos se afastaram das condições de equilíbrio. Foi justamente o afastamento das condições iniciais de equilíbrio que levou às operadoras a interromperem a comercialização desses produtos. Portanto, a Agência aplica uma lógica invertida aqui, a de que as carteiras precisam estar em comercialização para evitar a necessidade derevisão técnica, quando é precisamente o contrário. Se temerário para as operadoras continuarem a comercializar um produto em crescente desequilíbrio, ampliando o problema.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXX.	Exclusão
307525	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307525	
307525	II - alcançados pela Súmula Normativa nº 05/03.

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (c aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem
307525	"Não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A preocupação da Abramge é ter uma ação que derrube os planos antigos sem TC, por essa razão nossa sugestão é separar cada situação para isolar esses planos.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 6º No plano privado de assistência à saúde cole□vo empresarial com número de par□cipantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato cole□vo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do ar□go 29 desta resolução será considerada a totalidade de par□cipantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307525	Art. 6º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a duzentos beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 29 desta resolução será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Não podemos ter no agrupamento contratos com condições distintas de carência (30 vidas com carência e mais sem carência) para que os com mobilidade e baixa sinistralidade saiam e os com mais de 29 vidas e alta sinistralidade permaneçam e passem a ser subsidiados pelos com até 29 vidas, que é quem a ANS pretende proteger.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 13. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham, dentre suas caracterís□cas, a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação, poderão con□nuar a ser comercializados, desde que os contratos firmados a par□r da vigência desta norma observem integralmente as disposições desta Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 6 norma. Parágrafo único. A renovação do contrato já firmado antes da vigência desta norma somente importará na incidência das regras nela dispostas quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão
307525	- IV - no primeiro ano do contrato, para fins de cálculo de reajuste por sinistralidade, a sinistralidade terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de meses vigentes do contrato no momento da apuração do reajuste; (Incluído pela Resolução Norma□va ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307525	
307525	IV - Caberá a operadora disponibilizar à ANS a base de cálculo e informações referentes ao reajuste, sempre que solicitado

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde qu seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros meno suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros do produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Adequação à lógica da proposta da ABRAMGE.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307525	Art. 1º As regras de Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, mantidos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656/98 se aplicam aos seguintes planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica e deverão observar o disposto nesta Resolução Normativa:

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A redação precisa deixar mais claro que, além dos produtos citados, também devem ser incluídos os planos das operadoras que assinaram o termo de compromisso dos planos anteriores à lei e que não foram adaptados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 2º É obrigatório o oferecimento de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Parágrafo único. A obrigatoriedade mencionada no caput deste artigo aplica-se a planos de contratação individual ou familiar, planos coletivos por adesão e planos coletivos empresariais para contratação por empresário individual. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração
307525	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307525	Art. 2º É facultativo o oferecimento de de contração eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
307525	

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. A venda online é uma opção de modelo de negócio e, como tal, não deve ser imposta, mas sim facultativa, respeitando a livre iniciativa. Impor às operadoras a obrigatoriedade de vendas online de planos de saúde viola os princípios constitucionais da liberdade econômica, livre iniciativa e livre concorrência, garantidos às operadoras de planos de saúde. A regulação do mercado de saúde suplementar deve ser mínima, respeitar e viabilizar o pleno exercício desses princípios constitucionais, não interferindo no modelo de negócios das operadoras que devem ter assegurada a autonomia necessária para definir suas próprias estratégias comerciais de vendas. Impor às operadoras a obrigatoriedade de vendas online de planos de saúde viola as garantias daliberdade econômica, da livre iniciativa e da livre concorrência, postulados da ordem constitucional vigente. Por isso, a regulação do mercado de saúde suplementar deve ser pautada pela lógica da mínima intervenção estatal, de modo a permitir que as operadoras definam autonomamente seus modelos de negócios e suas estratégias de comercialização. A liberdade econômica, reforçada pela Lei de Liberdade Econômica (Lei 13.874/2019), estabelece diretrizes que visam reduzir a interferência estatal e promover um ambiente de negócios mais dinâmico e menos burocrático, inclusive para as operadoras de saúde. Obrigar as operadoras a comercializarem seus planos no formato online, inegavelmente, vai na contramão das diretrizes da citada Lei. A Lei de Liberdade Econômica (Lei nº 13.874/2019), que densifica o princípio constitucional da liberdade econômica, estabelece diretrizes para reduzir a interferência estatal e promover um ambiente de negócios dinâmico e menos burocrático para os agentes econômicos. Obrigar as operadoras a comercializarem seus planos no formato online, inegavelmente, vai na contramão das diretrizes da citada Lei. A livre iniciativa e a liberdade econômica são vitais para o setor de saúde suplementar, permitindo que as operadoras de saúde desenvolvam suas próprias estratégias comerciais, inovem em seus serviços e compitam de maneira justa no e pelo mercado. Esses direitos garantem um ambiente
307525	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Os critérios aqui propostos devem ser postos em avaliação juntamente com a Instrução Normativa, a fim de que possam ser discutidos em conjunto, haja vista que há implicações recíprocas."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- II - a data, o percentual do reajuste aplicado ao contrato cole□vo e sua previsão contratual; (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) III - o valor cobrado; e IV - que o reajuste será comunicado à ANS pela internet, por meio de aplica□vo, nos prazos determinados pela Instrução Norma□va nº 13, de 21 de julho de 2006, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, ou em norma que vier a sucedê-la.	Alteração
307525	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
307525	- § 2º No documento previsto no parágrafo 1º, a informação tratada no inciso III do caput deste ar□go deverá especificar o valor para pagamento do beneficiário e o valor da mensalidade do mês anterior. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307525	II - a data e o percentual do reajuste aplicado ao contrato coletivo;
307525	III - celebrados anteriormente a 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656.
307525	"§ 2º No documento previsto no parágrafo 1º, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor para pagamento do beneficiário ."

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitivos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo..Essa inclusão gera um grande problema operacional, custo regulatório e o contratante já tem acesso ao contrato.
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A preocupação da Abramge é ter uma ação que derrube os planos antigos sem TC, por essa razão nossa sugestão é separar cada situação para isolar esses planos.
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitivos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo.. É um custo operacional elevado para informar ao beneficiário de uma informação que ele já possui. Se ele tiver necessidade de acessar, pode pedir a informação à operadora.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - franquia dedu□vel acumulada: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais acumuladas, no período de 12 (doze) meses, contados da assinatura ou do aniversário do contrato, até que seja a□ngido o valor previsto no contrato Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 5 como franquia; e II - franquia limitada por acesso: a operadora de planos privados de assistência à saúde não se responsabiliza pela cobertura das despesas assistenciais até o valor definido em contrato, cada vez que o beneficiário acessa a rede credenciada, referenciada, cooperada, ou, n	Exclusão
307525	- Art. 5º A ANS definirá em Instrução Norma□va a metodologia de cálculo da Revisão Técnica, bem como o rito processual e a documentação necessária.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307525	
307525	

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem
307525	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A metodologia a ser apresentada pela Operadora deverá ter amparo atuarial e base de dados auditada por auditoria independente registrada na Comissão de Valores Mobiliários (CVM)."

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 6º Quando aplicados, os Mecanismos Financeiros de Regulação devem estar previstos nos respec□vos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie: I - os procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os Minuta de Norma - Mecanismos Financeiros de Regulação (31210596) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 3 isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução; II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais dis□nções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto	Exclusão
307525	- 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de bene□cios na condição de coes□pulante, independentemente da quan□dade de beneficiários no contrato entre a operadora e a administradora de bene□cios, a operadora só poderá definir o reajuste fora do agrupamento se todos os contratantes □verem número de beneficiários maior que o limite para a formação do agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307525	
307525	"§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a administradora."

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde qu seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros meno suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros do produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem
307525	Não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. Da forma proposta, basta um contrato da administradora se enquadrar na condição para que todos os contratos sejam agrupados.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Inclusão
307525	- Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde realizados em atendimentos ocorridos em pronto-socorro ou em regime de internação, observando-se, ainda, o seguinte:	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307525	IV alcançados pelos Termos de Compromisso celebrados entre 2004 e 2005 que tratam de reajuste e revisão de planos de que trata o caput.
307525	

Protocolo	Justificativa
307525	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A preocupação da Abramge é ter uma ação que derrube os planos antigos sem TC, por essa razão nossa sugestão é separar cada situação para isolar esses planos."
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde qu seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros meno suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros do produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307525	

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 14. Ficam revogados: I - da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998: a) o § 2º do art. 1º; b) os incisos VII e VIII do art. 2º; c) o art. 3º; d) a alínea “a” do inciso I, o inciso VI e o inciso VII do art. 4º. II - do art. 19, o inciso II, com suas respec□vas alíneas “a” e “b”, da Resolução Norma□va nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.	Exclusão
307525	- Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes. § 1º À exceção das hipóteses de ilegi□midade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde cole□vos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX). § 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contra	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
307525	
307525	§ 3º A rescisão pela operadora poderá ocorrer a qualquer tempo em caso de mudança nas caracterísiticas do contrato, comprovada fraude, inadimplência ou ilegitimidade do contratante.

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, nã obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobr este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risc moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde q seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (c aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros men suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muit menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros d produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. Alterrações nas caractetísticas do contrato tais como a mudança da região da empresa ou do mix etário devem permitir a rescisão por parte da operadora, uma vez que tais alterações mudam o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
307525	- Art. 9º A copar□cipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas: I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efe□vamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde; II - percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e III - valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a □tulo de coparticipação.	Exclusão

Protocolo	Texto proposto
307525	I - celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656.
307525	

Protocolo	Justificativa
307525	"Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida. A preocupação da Abramge é ter uma ação que derrube o planos antigos sem TC, por essa razão nossa sugestão é separar cada situação para isolar esses planos.
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante tempo exíguo para avaliar temas complexos, que exigiriam uma A que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impacto e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante também decisão do STF tomada nos autos da ADPF 532 pela Ministra Carmem Lúcia, que questiona a legitimidade da Agência para versar sobre este tema, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. O objetivo destas ferramentas é impedir o uso abusivo do sistema de saúde. Um dos efeitos da redução do uso abusivo (sobreutilização) foi constatado pe própria realização do AIR para a Consulta Pública 145: redução de preços dos produtos, ampliando o acesso à saúde suplementar. Mas a Agência não busc mensurar os efeitos que a mudança proposta terá sobre a oferta de produtos e na redução de acesso ao sistema. Ademais, a proposta da CP 145 tem praticamente a mesma redação da RN 433, cuja vigência foi suspensa por decisão liminar na Ministra Carmen Lúcia nos autos da ADPF 532, ao argumento que "a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei", mediante "apreciação, discuss e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional". Com isso, há uma real possibilidade de judicialização da matéria e de suspensão da norma caso a norma seja aprovada conforme a CP 145. A norma em vigor hoje – Resolução CONSU nº 8 – buscou vedar que o mecanismo financeiro de regulação acarretasse o financiamento integral do procedimento ou caracterizasse um "fator restritor severo". O financiamento integral do procedimento é algo que fere a própria lógica de mitigação do risco moral e inibe a prevenção e a busca por tratamento de saúde o mais cedo possível, dois reflexos que são indesejados. O limite proposto pela ANS - 30% - é arbitrário e impede que o próprio mercado encontre o equilíbrio ideal entre o percentual de coparticipação e o valor d contraprestação. Na própria AIR, a Agência reconhece que a diferença de preços entre os planos individuais com e sem participação, pode chegar a 38%. consumidor está fazendo uma escolha. O que a literatura técnica diz é que há pouca diferença em termos de acesso com a aplicação de uma coparticipaçã de 25% ou 50%. Se a coparticipação maior permitir uma precificação mais baixa, o consumidor deve ter a oportunidade de optar por esse produto, desde qu seja bem-informado. E não é cabível se falar em financiamento integral com uma coparticipação de 50%. Além disso, já há no mercado um produto com 100% de coparticipação: os cartões de desconto. Estes, sim, com financiamento integral. Ao limitar a aplicaç da coparticipação – sem evidência técnica que apoie tal restrição – o efeito final certamente será o de incentivar os consumidores mais sensíveis a preço (o aqueles de menor risco) para o produto com 100% de coparticipação. Outro aspecto é que há procedimentos mais suscetíveis ao risco moral e outros meno suscetíveis. Encontrar o ponto de equilíbrio ideal – em termos de coparticipação – é um exercício que depende de diversos fatores, como localização geográfica e rede disponível. A imposição de limites de exposição financeira – mensal e anual – reduzem ainda mais o percentual de coparticipação. A coparticipação média será muito menor do que 30%, uma vez que, atingido o limite de exposição financeira, a coparticipação passa a ser zero. Com isso, na prática, os riscos financeiros do produtos com e sem coparticipação passam a ser muito próximos, o que inevitavelmente levará os preços destes produtos a ficarem muito próximos dos preços dos produtos sem coparticipação. O fato de um beneficiário precisar usar com mais frequência o serviço não afasta a existência do risco moral. Os consumidores de risco mais elevado, que se caracterizam pela necessidade de uma frequência de utilização maior, devem buscar um produto sem

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras
307525	2025-02-09 22:31:29	Entidade representativa de operadoras

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307525	- V - é vedada a acumulação de índices: (Renumerado do inciso III, com nova redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) a) nos casos de cálculo de reajuste por meta de sinistralidade não poderão ser u□lizado índice de preço; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) nos casos em que for u□lizado índice de preço não poderá ser u□lizado percentual por meta de sinistralidade. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração
307525	- I - deverão constar do contrato: (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) Minuta de Norma - Reajuste Coletivo - RN 565/2022 alterada (31143141) SEI 33910.025318/2024-75 / pg. 7 a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em contrato que será apurado em período de doze meses consecutivos; e (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX) b) o mês de apuração do índice conforme definido na alínea “a” deste inciso. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307525	V - A aplicação de reajuste por sinistralidade deve estar prevista em contrato e não afasta a aplicação do indice de reajuste prevista no inciso I deste artigo.
307525	"I - deverão constar do contrato: a) que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice definido em c que será apurado em período de doze meses consecutivos; b) o mês de aniversário do contrato; c) o período de apuração do índice, conforme definido na alínea ""a"" deste inciso. "

Protocolo	Justificativa
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitivos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos abaixo. Quando uma operadora avalia uma carteira, a fim de executar a precificação, o valor alvo que deve ser considerado em termos de sustentabilidade econômico-financeira do contrato é é a sinistralidade ao fim do próximo exercício. Se isto não for feito, no primeiro mês após o reajuste o contrato já pode ficar em desequilíbrio devido à variação dos custos causada por aumento de preços e da frequência de utilização. É a sinistralidade do final do exercício seguinte que será impactada pela assunção dos riscos que estão sob avaliação. Esse ponto é fundamental. Considerando que a data-base de avaliação/precificação da carteira é t, a sinistralidade esperada do próximo exercício (ou seja, a sinistralidade em t+1) deve estar em um valor que seja suficiente para arcar com a estrutura de custos da operadora.
307525	Não obstante haver sido impetrado mandado de segurança cujo pedido liminar ainda não foi apreciado, uma vez que identificamos vícios de forma no procedimento que abrange todos os temas desta consulta pública e, ainda, não obstante o tempo exíguo para avaliar temas complexos que exigiriam uma AIR que delineasse cenários futuros, objetivos, quantitativos de impactação e também uma análise de benchmarking de medidas adotadas em outros países, não obstante todos esses pontos, foi feito o possível para que pudéssemos avaliar e enviarmos essas sugestões que inserimos em seguida.. Adequação de redação. A apuração do reajuste é por período, sendo o reajuste aplicado no mês de aniversàrio. A redação proposta busca apenas para deixar mais claras as informações que devem estar no contrato.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307468	2025-02-09 23:15:24	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307468	- Art. 41. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
307468	Sugerimos o acréscimo do artigo: Art. XX Será considerada anormalidade assistencial grave passível de direção técnica, além das medidas fiscalizatórias c índices atípicos de rescisão unilateral. §1º Os índices atípicos de rescisão unilateral serão apurados pelo IGR -Rescisão Unilateral. §2º A ficha técnica espec que trata do IGR - Rescisão Unilateral será definida no anexo I da Resolução. Anexo I - IGR Rescisão Unilateral IGR Rescisão Unilateral O Índice Geral de Reclamações - IGR - tem a finalidade de apresentar um termômetro do comportamento das operadoras do setor no atendimento aos pro apontados pelos beneficiários. Contempla a média mensal do número de reclamações de beneficiários recebidas para cada 100.000 beneficiários da média de beneficiários no mesmo período. O Índice é atualizado mensalmente, com possibilidade de revisão dos valores já divulgados, em razão de reprocessa para todas as competências, com cálculo retroativo para todo o período já apresentado (em razão dos ajustes nos números de beneficiários e de reclama Dentro desse contexto, propõe-se a utilização do Indicador IGR-Rescisão Unilateral, como uma ferramenta auxiliar, dentre outros indicadores da ANS, p identificar operadoras com comportamento atípico em relação à rescisão unilateral dos contratos, que possa constituir prática de seleção de risco. O Indic Rescisão Unilateral se utiliza do gráfico Boxplot para identificar operadoras com IGRs extremos ou atípicos (outliers), no trimestre analisado. Dessa forma, operadoras serão consideradas com indícios de prática de seleção de riscos e sujeitas à qualquer das intervenções prevista pela ANS. Fonte dos dados: • CADOP • Painel do ÍNDICE GERAL DE RECLAMAÇÕES – IGR Metodologia: A análise individualizada de prática de seleção de risco considera as operadoras cujos IGRs das Reclamações com Temática Rescisão Unilat forem considerados valores extremos ou atípicos (outliers), quando os índices das operadoras forem distribuídos no gráfico Boxplot no trimestre de avali (trimestre civil). A análise será feita por porte (pequeno, médio e grande) e segmento de atuação (Médico-Hospitalares e Exclusivamente Odontológicas) operadoras. Estarão submetidas a esse critério as operadoras com média mínima de 5.000 beneficiários vinculados diretamente à sua carteira, no trimest As operadoras outliers devem ser encaminhadas para análise individualizada da DIPRO, que poderá, caso confirmados os indícios de seleção de risco, insta plano, Regime Especial de Direção Técnica, sem prejuízo da aplicação de multas pecuniárias pela DIFIS. (*) Utilização da Metodologia Utilizada no Painel NIP – Assuntos Recorrentes (Rescisão Unilateral) - Seleção de demandas cadastradas no tema/subte “Contratos e regulamentos >> Suspensão e rescisão contratuais”, excluídas aquelas que continham na descrição da demanda a expressão "solicitei cancelamento" e variações (como "pedi a rescisão", "fiz o pedido de cancelamento", etc), ou "RN 412" (posto que o subtema em questão é utilizado para ca

Protocolo	Justificativa
307468	Justificativa: atacar o problema regulatório mencionado no AIR - Denúncias e notícias recorrentes sobre rescisão unilateral de contratos coletivos indicam u desequilíbrio na relação entre contratantes e operadoras, especialmente em contratos menores. Entendemos que não tratar o problema dos cancelamentos imotivados dos contratos coletivos, por melhores que sejam as regras para aplicação do reajust não resolve de fato a seleção de risco feita pelas operadoras. É preciso enfrentar o problema com medidas que inibam a atuação de operadoras que se vale dessa lacuna regulatória, de modo a fazer frente às milhares de denúncia sobre cancelamento que recebemos na Ans por parte de beneficiários. A inação d Ans traz consequências graves para sua imagem institucional contribuindo para o descrédito da agência perante a sociedade e o desestímulo de servidore que se sentem impotentes diante dessas denúncias.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307468	2025-02-09 23:15:24	Outro
307468	2025-02-09 23:15:24	Outro
307468	2025-02-09 23:15:24	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307468	- Art. 3º Dependerá de prévia autorização da ANS a aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos individuais ou familiares de assistência suplementar à saúde médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.	Inclusão
307468	- Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos cole□vos por adesão e os seus contratos cole□vos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redação dada pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)	Inclusão
307468	- Art. 3º Para que sejam elegíveis ao ins□tuto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresentar desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desequilíbrios consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 3 (três) anos; e III - a operadora deve apresentar evidência de comercialização a□va e con□nuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
307468	Inclusão: §1º Para fins de aplicação do reajuste considera-se contrato individual, os contratos coletivos por adesão que reúnam pessoas de um mesmo g familiar.
307468	Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos por adesão e contratos coletivos empresariais com menos de mil beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento. (Redaçã pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX)
307468	Art. 3º Para que sejam elegíveis ao instituto da Revisão Técnica as operadoras devem atender aos seguintes critérios: I - a operadora deve apresenta desequilíbrios econômico-financeiros que ameacem sua solvência, pondo em risco a continuação de suas atividades; II - a operadora deve apresentar desec consistentes em sua carteira de planos individuais ou familiares há pelo menos 10 (dez) anos do protocolo da Nota Técnica Atuarial; III - a operadora d apresentar evidência de comercialização ativa e continuada de planos individuais ou familiares de assistência médico-hospitalar por pelo menos 10 (dez) an Sinistralidade superior à 100%. Art. xxº Para que seja aplicada revisão técnica a operadora deverá I - estar regular quanto à última informação devida no Sistema de Informação de Benefic SIB, Sistema de Informações de Produtos – SIP, o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS e c informações periódicas a serem encaminhadas pela ANS; e II - ter bom desempenho no IGR - Índice Geral de Reclamações e no índice de utilização d ressarcimento ao SUS; Parágrafo único. O atendimento ao requisito previsto caput será verificado pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – D

Protocolo	Justificativa
307468	Barrar o fenômeno da falsa coletivtização em que o beneficiários não tem qualquer poder de barganha na negociação dos reajustes. A falsa coletivização é um fenômeno crescente no mercado brasileiro de planos e seguros de saúde. Ela decorre diretamente de decisões regulatórias que afetam o setor, especialmente as diferenças entre regras aplicáveis a contratos individuais e coletivos. O termo “falso coletivo” ou “pejotinha” designa planos de saúde que têm características semelhantes aos individuais ou familiares, com número reduzido de beneficiários por contrato, mas qu são contratados por meio de uma pessoa jurídica. Por serem considerados coletivos, esses planos não são alcançados pela proteção da regulação quanto questões de reajuste e rescisão unilateral, mesmo que na prática se equiparem aos individuais e não tenham qualquer poder de barganha. (BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mário. Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Unes 2010.) Segundo o próprio AIR, nesses contratos "... a rescisão imotivada permite que as operadoras façam gestão de contratos descartando os menos atraentes c com maiores sinistralidades, quebrando o princípio do mutualismo e praticando seleção de risco.. tal fato também traz consequências negativas para o mercado de saúde suplementar, provocando judicialização em torno de reajustes expressivos e rescisões imotivadas, ancoradas em cláusulas evasivas e cc fórmulas de difícil conferência. Assim, entende-se que a regulação não é efetiva para a preservação do equilíbrio da relação entre os agentes, deixando os contratantes expostos a práticas que diminuem o poder de barganha e resultam em reajustes seletivamente vantajosos à operadora." Ao trazermos um regramento que equipare planos individuais a planos coletivos por adesão que reúnam pessoas de um mesmo grupo familiar, estaríamos garantindo que tal prática seja erradicada, corrigindo assim uma falha de mercado que extrapola os limites da nossa fiscalização.
307468	"Favorável a medida - o comportamento dos reajustes médios segue uma tendência mais coerente, uma vez que se observa a redução contínua dos reajust médios até o patamar de 1.000 vidas e depois comportamentos oscilantes entre as faixas de contratos entre 1.000 e 10.000 vidas. O número mais próximo r opções colocadas é 1000. Se a ANS conhece o número que torna a relação contratual equilibrada e que permite o maior ganho para a sociedade por meio do mutualismo, não deverí existir opção inferior a ser considerada." No entanto, entendemos ser pertinente trazermos mais dados sobre o comportamento dos reajustes médios por pc de operadora e/ou modalidade. Caso haja mais prazo para aprofundarmos os estudos seria pertinente avaliar o impacto da implementação dessa medida considerando as diferenças entre operadoras.
307468	Novamente, reforçamos a necessidade de caracterizar a excepcionalidade da medida e envolver outras diretorias na avaliação de desequilíbrios, avaliando a natureza do desequilíbrio estaria na má-gestão e/ou na má precificação do produto. Para distinguir revisões que "premiem" maus gestores sugerimos um avaliação interna com visitas técnicas e olhar mais apurado de outras diretorias para verificar quantidade de NIPs (verificar se não é uma operadora gerado de autos de infração), conduta no ressarcimento ao SUS (verificar se % expressivo da carteira é identificado nas ABIs), se paga os valores devidos ao SUS envio com qualidade e nos prazos de suas obrigações regulatórias.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307468	2025-02-09 23:15:24	Outro
307468	2025-02-09 23:15:24	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307468	- Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde, man□dos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, bem como aqueles alcançados pela Súmula Norma□va nº 05, de 4 de dezembro de 2003, deverá observar o disposto nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica.	Alteração
307468	- Art. 1º A Resolução Norma□va ANS nº 565, de 16 de dezembro de 2022, passa a vigorar com as seguintes alterações:	Alteração

Protocolo	Texto proposto
307468	No melhor intuito de contribuir para o debate, entendemos que caso seja opinião embasada pelo corpo técnico da Ans por estudos e dados sobre o tema revisão técnica seja medida eficiente a garantir a continuidade do contrato, esta deve ser MEDIDA EXCEPCIONAL, em respeito ao ato jurídico perfeito, dire APENAS a carteiras com venda ativa de planos. A revisão técnica não pode ser aplicada em carteiras com vendas interrompidas, pois é certo que a op empresarial pela interrupção por venda tem como consequência a falta de renovação da carteira e a piora de seu desempenho atuarial. Mais uma vez ressa que a revisão técnica não pode ser usada para reparar prejuízos causados pela opção do empresário em não vender planos individuais e não pode ser pe para contratos com precificação realizada há poucos anos, pois incentivaria a venda subprecificada e a concorrência predatória, razão principal de proble econômico-financeiros nas operadoras.
307468	Inicialmente gostaríamos de parabenizar o corpo técnico pelos avanços na regulamentação dos reajustes. Mesmo depois de 25 anos de Ans, a regulamenta reajuste nunca foi implementada, a despeito do engajamento de servidores e de seu comprometimento com a discussão do tema. Foram anos de câmaras t e documentação elaborada sobre a matéria pelos servidores da Ans que não podem nem devem ser ignoradas pelo alto escalão da Agência sob o risco manutenção de falhas graves de mercado, como o uso de altos índices de reajustes e do cancelamento unilateral e imotivado nos contratos coletivos co ferramentas de seleção de risco, o que é expressamente vedado por lei. Por isso, reforçamos que as regras presentes no presente normativo são necessá bem-vindas ao contexto regulatório, atendendo demandas históricas de consumidores e de servidores, dando clareza ao assunto e evitando cláusulas abus reajustes. A norma deve vedar parâmetros sem metodologia consolidada e que não permitam a replicabilidade de cálculo por parte dos contratantes. Além como reforçado pelo próprio AIR a vulnerabilidade de consumidores que tem baixíssimo poder de barganha no processo de negociação, principalmente

Protocolo	Justificativa
307468	Incialmente, faz-se necessário ponderar o descompasso entre o problema regulatório elencado e a medida sugerida. Mais uma vez reforçamos os argument trazidos na resposta da Associação à Tomada Pública de Subsídios em que pontuamos: "O marco legal do setor de saúde suplementar, a Lei 9.656/98 foi estruturada com foco na proteção do consumidor individual, entendendo que esse seria hipossuficiente em negociações com uma empresa de plano de saúde. Nesse sentido, foram criadas barreiras a mudanças bruscas nos termos do contrat individual, garantindo a transparência e equilíbrio da contratação. Assim, a lei determinou que os reajustes anuais seriam fixados pela ANS e que a rescisã unilateral não seria permitida, exceto em casos de inadimplência. Nos planos individuais ou familiares não existe livre negociação, pois o preço e os reajustes anuais são vinculados à prévia autorização da ANS, não guardando o índice de reajuste correlação com a sinistralidade do plano de saúde em si, mas com outros parâmetros adotados em metodologia estabelecic pela agência e divulgada anualmente. Enquanto nos planos coletivos, o reajuste anual é apenas acompanhado pela ANS, para fins de monitoramento da evolução dos preços e de prevenção de práticas comerciais abusivas, não havendo necessidade de prévia autorização da agência reguladora. Sem êxito na tentativa de persuadir o regulador a flexibilizar as regras de reajuste dos planos individuais, as operadoras passaram a classificar esses produt como “insustentáveis” economicamente e reagiram reduzindo a sua oferta. O cenário que se verifica atualmente é da perda da atratividade desse tipo de contrato para operadoras que não conseguem fixar reajustes mais altos, ner rescindir unilateralmente contratos mais custosos para a carteira. Também se observa que os beneficiários tendem a permanecer no plano sem a entrada c novos participantes, o que torna a carteira ainda mais envelhecida e custosa. É preciso novamente reforçar que a tentativa de mudança na Política de Reajustes não é nova, mas vem sendo debatida pela Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos e seu corpo técnico já há algum tempo. No entanto, o que vemos chegar à deliberação da Diretoria Colegiada são ações no sentido alterar as regras e/ou reajuste do contrato individual sem que seja proposto limites a atuação dos planos coletivos , fonte de um vultuoso crescimento nas reclamações para a Ans . O que vemos atualmente é que a “desregulação” dos reajustes de planos coletivos provoca uma série de resultados indesejados para a coletividade, ocasionando a elitização dos planos de saúde; a seleção indireta de riscos, por meio da expulsão de beneficiários via reajuste; a prática de preços excessivamente elevados para planos individuais, devido à inelasticidade da demanda por esse produto; a transferência, aos consumidores, de todo o risc inerente ao negócio das operadoras; a vulnerabilidade desses consumidores frente aos reajustes arbitrários; a reação do Poder Legislativo, que poderia pro medidas não-sustentáveis para o mercado; e a sobrecarga do Poder Judiciário, a quem esses beneficiários recorreriam – fatos que representariam um gran retrocesso no processo de regulação do setor. O que estamos vendo é justamente a “expulsão” de beneficiários seja pelo aumento no valor dos reajustes, que aliás, tem como efeito a permanência daque beneficiários em tratamento ou que realmente necessitam do plano, seja pela rescisão unilateral de grupos considerados de risco (autistas, idosos, pessoa com câncer etc). Grandes operadoras que acumulavam prejuízos desde 2020, vem adotando tal mecanismo de seleção de riscos (reajustes altos e rescisão unilateral) e co isso obtendo uma recuperação extraordinária em termos de resultados financeiros e queda da sinistralidade de suas carteiras .
307468	Passaremos, portanto, às alterações que entendemos serem necessárias para o aperfeiçoamento do texto proposto.

Protocolo	Data	Tipo de Contribuinte
307468	2025-02-09 23:15:24	Outro
307468	2025-02-09 23:15:24	Outro
307468	2025-02-09 23:15:24	Outro
307468	2025-02-09 23:15:24	Outro
307468	2025-02-09 23:15:24	Outro
307468	2025-02-09 23:15:24	Outro

Protocolo	Seção	Tipo de Solicitação
307468	- Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de planos individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) meses; e III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 3 (três) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da análise da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.	Alteração
307468	- Art. 3º Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar. §1º A ex□nção do vínculo do □tular do plano familiar não ex□ngue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes. §2º O disposto no parágrafo anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade, previstas no inciso II do artigo 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.	Inclusão
307468	- Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.	Exclusão
307468	- § 3º Caso a DIPRO não receba manifestação formal do órgão gestor do respec□vo sistema de informações confirmando o não atendimento aos requisitos, será expedida autorização de reajuste para a operadora.	Alteração
307468	- Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va, detalhar os procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação desta Resolução.	Alteração
307468	- Art. 41. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.	Inclusão

Protocolo	Texto proposto
307468	Art. 4º A operadora contemplada com o ins□tuto da Revisão Técnica deverá adotar as seguintes contrapartidas: I - ofertar a venda e a portabilidade de pl individuais ou familiares na modalidade on-line; II - comunicar a aplicação da Revisão Técnica aos seus beneficiários com antecedência mínima de 3 (três) n III - manter a venda de planos individuais ou familiares por, ao menos, 10 (dez) anos após a concessão da Revisão Técnica. Parágrafo único. A depender da da ANS, outras contrapartidas poderão ser exigidas.
307468	Inclusão: §3º Para fins de aplicação do reajuste considera-se contrato individual, os contratos coletivos por adesão que reúnam pessoas de um mesmo g familiar.
307468	Art. 8º Esta Resolução entra em vigor em 01 de janeiro de 2026.
307468	§ 3º Caso a DIPRO não receba manifestação formal do órgão gestor do respectivo sistema de informações confirmando o não atendimento aos requisitos, será levado ao conhecimento e deliberação da Diretoria Colegiada.
307468	Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos deverá, por meio de Instrução Norma□va e em conjunto com as demais diretorias, detalhar o procedimentos de apuração e aplicação da Revisão Técnica de que trata esta Resolução Normativa, no prazo de 9 (nove) meses após a publicação de Resolução.
307468	Sugerimos o acréscimo do seguinte parágrafo: §4º Os contratos agrupados para aplicação do reajuste não poderão ser cancelados imotivadamente dura período mencionado no caput.

Protocolo	Justificativa
307468	A comercialização ativa de planos individuais deverá ser um dos pré-requisitos para pedido de revisão técnica e por período mínimo de 10 anos. A revisão técnica não deve servir para compensar prejuízos da opção do empresário pela interrupção de venda de planos individuais. Nenhuma atividade econômica e livre de risco. Não cabe ao estado eliminar o risco da atividade econômica, especialmente quando este deriva exclusivamente da decisão empresarial (no ca a decisão pela não venda do plano individual). Qualquer tipo de produto, inclusive os coletivos, ao ter venda interrompida enfrentarão desequilíbrio em algu momento. A revisão técnica deve buscar tratar eventual desequilíbrio gerado por uma evolução de cenário, fora do controle da administração da operadora que traga desequilíbrio ao contrato precificado no passado. A opção pela interrupção de venda não se enquadra nesse critério.
307468	Barrar o fenômeno da falsa coletivtização em que o beneficiários não tem qualquer poder de barganha na negociação dos reajustes. A falsa coletivização é fenômeno crescente no mercado brasileiro de planos e seguros de saúde. Ela decorre diretamente de decisões regulatórias que afetam o setor, especialmente as diferenças entre regras aplicáveis a contratos individuais e coletivos. (A inclusão pode ser feita na RN 556 ou RN 557, a critério da equipe técnica.
307468	Por fim, ponderanos se a medida proposta é suficiente para corrigir problemas ou mesmo estimular a venda de individuais como se propõe? Pondera-se ain se o momento atual seria "conveniente" para edição de medida que pode trazer prejuízos a beneficiários de planos individuais. Nos preocupa enquanto associação de servidores, o descrédito e desonfiança da sociedade em relação à Agência e as sucessivas intervenções e ataques que a Ans vem sofrendo
307468	Entendemos que não haveria ou não deveria haver motivos para que as demais diretorias não se manifestassem formalmente sobre os encaminhamentos informações. Caso existam motivos, esses devem ser levados ao conhecimento da diretoria colegiada. Portanto, solicitamos a alteração ou exclusão dess parágrafo.
307468	Como se trata de concessão EXCEPCIONAL, importante haver discussão interna, com todas as Diretorias, para validação dos itens que devem ser verificad pelas diferentes competências regimentais. As operadoras que se beneficiarão dessa concessão devem ter aderência às normas regulatórias, como medida boa gestão. Repita-se: NÃO SE PODE "PREMIAR" MAUS GESTORES QUE TORNARAM PRODUTOS INVIÁVEIS
307468	Evitar comportamento oportunista da operadora ao reunir determinados contratos para aplicação do reajuste e depois cancelá-los imotivadamente.