

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº XXX, DE XX DE XXXX DE 2016.

Dispõe sobre XXXXXXXXXXXXXXXX.

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

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN dispõe sobre os mecanismos financeiros de regulação que poderão ser utilizados pelas operadoras em seus produtos a serem disponibilizados ou contratados no mercado de saúde suplementar.

§1º - As regras desta RN aplicam-se aos produtos registrados após sua vigência, sendo permitido às partes a adequação dos contratos existentes às regras aqui dispostas.

§2º - Os produtos que utilizam Mecanismos Financeiros de Regulação e que foram comercializados antes da vigência desta RN permanecerão regulados pela legislação vigente a época, e podem permanecer com comercialização ativa.

§3º - O desembolso a título de coparticipação ou franquia pelo beneficiário não tem natureza de contribuição, não sendo considerados para fins da obtenção dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º Para fins desta norma entende-se Mecanismos Financeiros de Regulação os fatores moderadores de uso destinados a incentivar o uso consciente dos serviços de saúde no mercado de Saúde Suplementar.

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

- I – coparticipação; e
- II – franquia.

Parágrafo Único – As espécies de Mecanismos enumerados neste artigo poderão ser adotados pelas operadoras de forma isolada ou cumulativa, no registro e comercialização de seus produtos.

Seção I Coparticipação

Art. 4º Coparticipação é o valor pago pela utilização de um procedimento, a exceção de internações, podendo se apresentar das seguintes formas:

- I - percentual do custo real quando a coparticipação incidir sobre o valor pago pela operadora ao prestador de serviços;
- II - percentual da tabela quando o valor de coparticipação se reportar a uma tabela com valores de referência, independente do valor a ser pago pela operadora, ao prestador;
- III - valor monetário fixo para cada procedimento/grupo específico; e
- IV – percentual incidente sobre o valor da contraprestação pecuniária, referente a diferentes procedimentos.

§1º O percentual máximo de coparticipação a ser cobrado nas modalidades previstas nos incisos I e II não poderá ultrapassar 40% do valor do procedimento.

§2º Admite-se coparticipação acima dos limites expostos no parágrafo anterior quando da concessão de coberturas que não integrem o rol de procedimentos da ANS, desde que acordado entre as partes.

§3º A modalidade prevista no inciso IV deverá usar como base a quinta faixa etária prevista para o produto, na forma da norma vigente ou outro valor de referência desde que seja de pleno conhecimento do beneficiário.

§4º Quando da utilização de tabelas com valores de referência, as mesmas poderão ser atualizadas anualmente tendo como base a média do reajuste concedido aos prestadores de serviço credenciados, conforme previsão em contrato.

Art. 5º A operadora poderá utilizar o mecanismo da coparticipação com valores crescentes, desde que respeite os limites impostos por esta RN, conforme previsão em contrato.

Art. 6º É permitido às operadoras a adoção de coparticipação de 100% de forma alternativa a imputação de carência ou de Cobertura Parcial Temporária – CPT.

Parágrafo único – Em se optando por tal medida o beneficiário terá acesso a todas as coberturas previstas em seu contrato, arcando com 100% dos custos, em forma de coparticipação, daqueles procedimentos que estariam em carência ou incluídos na CPT, pelo mesmo período que estas medidas estariam em vigor.

Art. 7º Nos atendimentos de urgência ou emergência a coparticipação não será devida se estes progredirem para a internação do consumidor.

Art. 8º É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente às consultas marcadas e não realizadas em razão da falta não comunicada do mesmo, desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços.

Seção II Franquia

Art. 9º Franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de custeio, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada, podendo apresentar as seguintes formas:

- I - Franquia Acumulada, quando a operadora não se responsabiliza pelo custeio das despesas acumuladas no período de até 1 ano (12 meses), até atingirem o valor definido, na forma do contrato;
- II - Franquia por Evento/grupo de eventos, correspondendo a modalidade em que a operadora não se responsabilizará pelo custeio dos procedimentos até atingirem o valor definido, na forma do contrato;
- III - Franquia Limitada, ocorre nas hipóteses em que o mecanismo de regulação só passa a incidir quando os procedimentos/eventos custem acima do valor definido, na forma do contrato.

CAPÍTULO III

DAS REGRAS COMUNS

Seção I Regras Contratuais

Art. 10 O contratante deve assinar declaração de que tem ciência da incidência de Mecanismo Financeiro de Regulação em seu plano de saúde e de que teve ciência do preço que seria cobrado em plano análogo, sem incidência de Mecanismo.

Art. 11 Todo Mecanismo Financeiro de Regulação adotado pelas operadoras de planos de saúde deve estar previsto em contrato, discriminando-se suas hipóteses, formas e regras de incidência.

§1º As cláusulas mencionadas no caput devem ser redigidas de forma clara e com o devido destaque no corpo do contrato.

§2º Em planos coletivos, cada titular deve ter ciência comprovada de que conhece as cláusulas de mecanismos de regulação financeiros e seus valores.

Art. 12 As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar um dos Mecanismos Financeiros de Regulação previstos nesta norma serão obrigados a disponibilizar as seguintes simulações aos seus beneficiários:

I – Simulação Pré-Contratação – Simulador em que o interessado poderá ter, previamente à contratação, conhecimento sobre o valor a ser custeado pelo próprio na hipótese de utilização do plano;

II – Simulação Pré-Utilização – Simulador em que o beneficiário verifica, antes da utilização do Plano, o valor com o qual terá que arcar, conforme o prestador buscado e a sua qualificação;

III- informações pós utilização, no PIN-SS.

Parágrafo Único – As regras para elaboração e disponibilização dos simuladores estão descritas no anexo desta norma.

Seção II **Regras de Uso**

Art. 13 É vedada a incidência de franquia nos mesmos procedimentos ou eventos em saúde que incidem a coparticipação em um mesmo produto.

Art. 14 É vedado o estabelecimento de coparticipação em internações, ressalvada a hipótese prevista nesta norma (art. Internação psiquiátrica).

Art. 15 As operadoras poderão se valer do Mecanismo da Coparticipação para privilegiar os procedimentos de natureza preventiva, assim como prestadores pautados na qualidade assistencial.

Art. 16 É vedada a incidência de mecanismo financeiro de regulação:

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

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

- a) Mamografia – mulheres de 40 a 69 anos – 1 exame a cada 2 anos;
- b) Citologia oncótica cérvico-uterina – mulheres de 21 a 65 anos – 1 exame por ano;
- c) Sangue oculto nas fezes – adultos de 50 a 75 anos – 1 exame ao ano, e repetição acaso o resultado seja positivo;
- d) Colonoscopia – em adultos de 50 a 75 anos;
- e) Glicemia de jejum – 1 exame ao ano para pacientes acima 50 anos;
- f) Hemoglobina glicada – 2 exames ao ano para pacientes diabéticos;
- g) Lipidograma – homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos – 1 exame/ano;
- h) Teste HIV e síflis, em pacientes com vida sexual ativa, no max 1 exame/ano.

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

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

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

Seção III

Regras de Pagamento e Cobrança

Art. 17 Quando a operadora for demandada, por qualquer meio, sobre o valor devido pelo custeio da coparticipação ou franquia, o beneficiário deverá receber todas as informações necessárias para que possa verificar a correção da cobrança.

Art. 18 Quando o contrato contemplar coparticipação como mecanismo financeiro de regulação, o limite de exposição financeira (valor total a ser desembolsado pelo beneficiário a ser pago na contraprestação pecuniária), deve estar claramente definido no contrato, podendo se dar por procedimento ou por período.

§1º – É vedada a incidência de juros e correção monetária nos valores aqui dispostos, caso o excedente venha a ser distribuído em diversas contraprestações.

Seção IV

Regras de Transparência de Informações

Art. 19 As operadoras deverão fornecer a simulação dos custos de utilização do plano de saúde, diferenciando-os inclusive quanto ao prestador buscado, incluindo sua qualificação, em um prazo de até 3 (três) dias úteis, sempre que solicitado por seu beneficiário.

Parágrafo Único - O prazo mencionado neste artigo não altera os prazos estabelecidos pela Resolução Normativa - RN 259, de 17 de junho de 2011.

Art. 20 Independente da utilização de tabelas e valores monetários fixos para cobrar a parcela devida pelo beneficiário, o custo efetivo dos procedimentos realizados deverá ser informado, de forma individualizada, em área específica do site da operadora e integrará o PIN-SS, componente de utilização dos Serviços.

CAPÍTULO IV

DA SAÚDE MENTAL

Art. 21. Exclusivamente para saúde mental não é vedado o estabelecimento de coparticipação exclusivamente para internações psiquiátricas;

Art. 22. É vedada a cobrança de coparticipação ou franquia nos primeiros 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato

Art. 23. Admite-se a cobrança de coparticipação incidindo em percentual a partir do 31º dia de internação, por ano de contrato.

Parágrafo Único – Admite-se a cobrança da coparticipação mencionada no caput de forma crescente, limitada a 50% do valor contratado com o prestador de serviço.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24. O descumprimento do disposto nesta RN ensejará a aplicação das sanções previstas na RN 124/06.

Art. 25. Esta norma entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO

O que é o Simulador Pré-Contratação?

Trata-se de um conjunto de informações a ser dado mediante apresentação de tabelas ou uso de aplicativo com o propósito de fornecer ao pretense beneficiário um panorama dos produtos ofertados pela operadora para, desta forma, poder escolher munido de mais informações, o produto que melhor se adequa ao seu perfil.

Quais as informações devem ser fornecidas por este simulador?

No momento da venda de um plano de saúde que possua algum tipo de Mecanismo Financeiro de Regulação as operadoras serão obrigadas a informar o preço do produto equivalente que não disponha dos referidos mecanismos, ainda que não disponha do produto para comercialização.

A operadora deve apresentar em uma planilha ou tela o valor de cada um dos produtos que oferece no mercado, considerando todos os Mecanismos de Regulação Financeiras utilizados ou não.

Esses valores devem contemplar os gastos fixos, correspondente a contraprestação pecuniária a ser desembolsada mensalmente e gastos variáveis conforme a utilização do plano de saúde pelo consumidor, além do valor do produto sem coparticipação (que não precisa estar comercializável).

Deverão ser levados em conta os seguintes procedimentos para fins de apresentação dos gastos variáveis ao futuro consumidor:

Listar procedimentos...

O que é o Simulador Pré-Utilização

Trata-se de uma informação mais precisa a ser dada pela operadora para que possa informar seu beneficiário sobre os custos de utilização de seu produto, com a máxima acurácia possível, levando-se em conta que a operadora já saberá exatamente qual a rede estará disponível para a realização do procedimento.

Neste simulador a operadora poderá informar o valor médio do procedimento em sua rede, mas também deverá prestar a informação exata*** do prestador na forma do art. 20.

É admitida, desde que devidamente informado ao beneficiário, a existência de variações derivadas de fatores de difícil ou impossível previsibilidade.

A partir de agosto de 2018 além da informação financeira também deverá ser fornecida a informação sobre qualidade do prestador, conforme orientações específicas da ANS.