

Relatório Final

Consulta Pública 60

Consulta Pública sobre Mecanismos Financeiros de
Regulação - Coparticipação e Franquia

JAN/2018
DIDES/ANS

Sumário

I - Introdução	3
II - Dados estatísticos sobre as sugestões e contribuições;.....	4
III - Consolidação das principais sugestões e contribuições;	7
IV - Manifestação motivada sobre o acatamento ou a rejeição das principais sugestões e contribuições.....	10
V - Conclusão.....	28

I - Introdução

Entre 31/03/2017 e 02/05/2017 foi realizada a Consulta Pública nº 60, tendo os Mecanismos Financeiros de Regulação – Coparticipação e Franquia como objeto. Antes, o assunto já havia sido tratado em duas reuniões do Grupo Técnico Interáreas (14/07/2016 e 05/09/2016), três encontros do Grupo Técnico de Coparticipação e Franquia (31/10/2016, 21/11/2016 e 14/02/2017) e uma Audiência Pública, em 20/03/2017.

De acordo com a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, a **coparticipação** é a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente à realização do procedimento, enquanto que a **franquia** é o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.

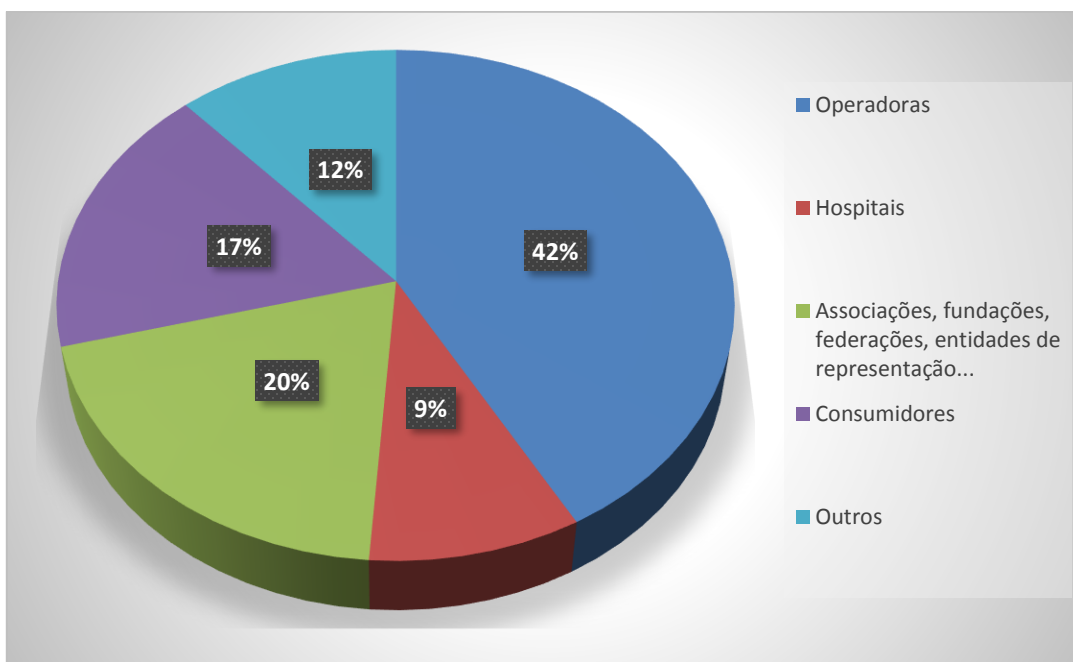
Com a finalidade de permitir amplo conhecimento da sociedade a respeito dos mecanismos propostos foram disponibilizados no site da ANS (www.ans.gov.br) o Relatório de Análise de Impacto Regulatório – AIR e a Exposição de Motivos, que serviram como embasamento para a consulta pública da minuta de Resolução Normativa – RN.

Essa documentação ficou exposta por 33 dias, possibilitando contribuições para inclusão, alteração e exclusão de dispositivos. Durante o período foram recebidas 1.139 contribuições, provenientes de 96 fontes diversas.

II – Dados estatísticos sobre as contribuições recebidas

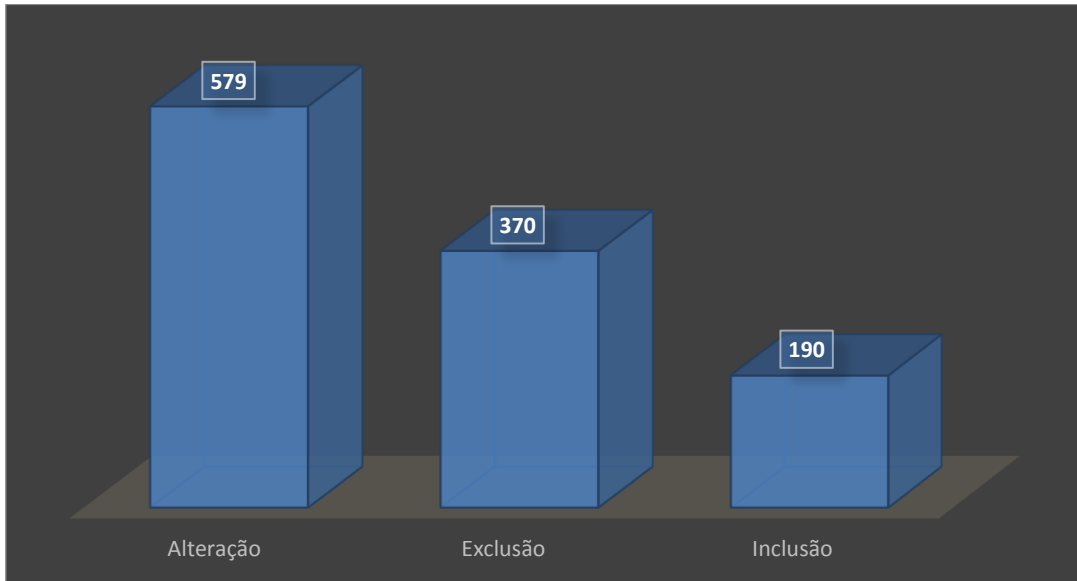
Das 1.139 contribuições colhidas na Consulta Pública nº 60, 42% vieram de operadoras de planos de saúde, como aponta o gráfico 1, abaixo.

Gráfico 1 – Subdivisão das contribuições



A maior parte destas contribuições (50,83%), como pode ser observado no gráfico 2 (próxima página), tiveram como objetivo alterar dispositivos presentes na minuta de Resolução Normativa.

Gráfico 2 – Contribuições por tipo de comentário



Os capítulos da proposta de RN que concentraram a maioria das sugestões tratavam dos conceitos de coparticipação e franquia e das regras de uso, de pagamento e cobrança e de transparência das informações (ver gráfico 3). O artigo 4º, composto por quatro parágrafos e quatro incisos, foi o que mais recebeu contribuições: 214 ao todo (consultar gráfico 4).

Gráfico 3 – Contribuições por capítulo do normativo proposto

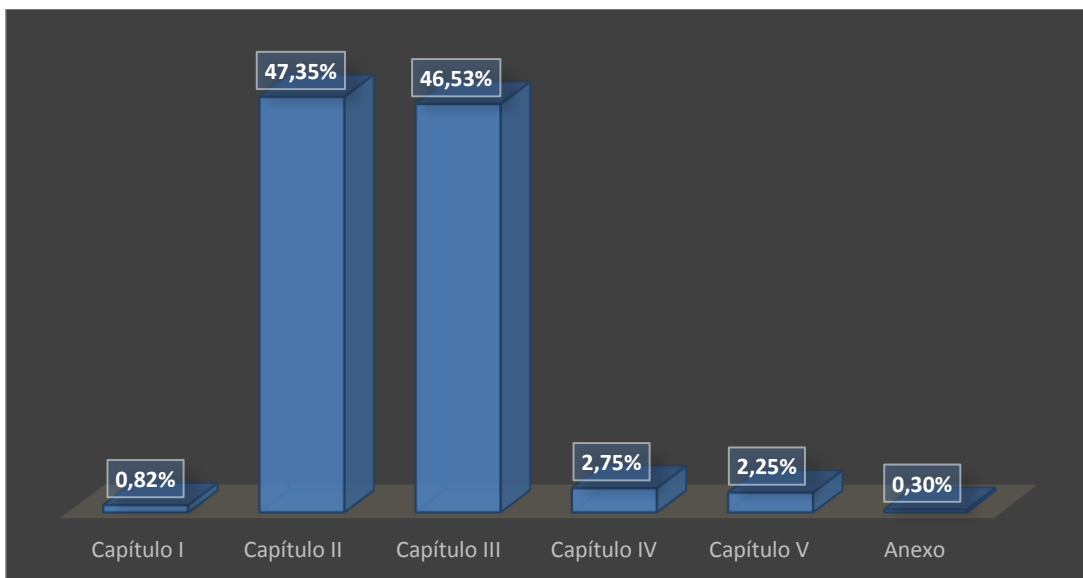
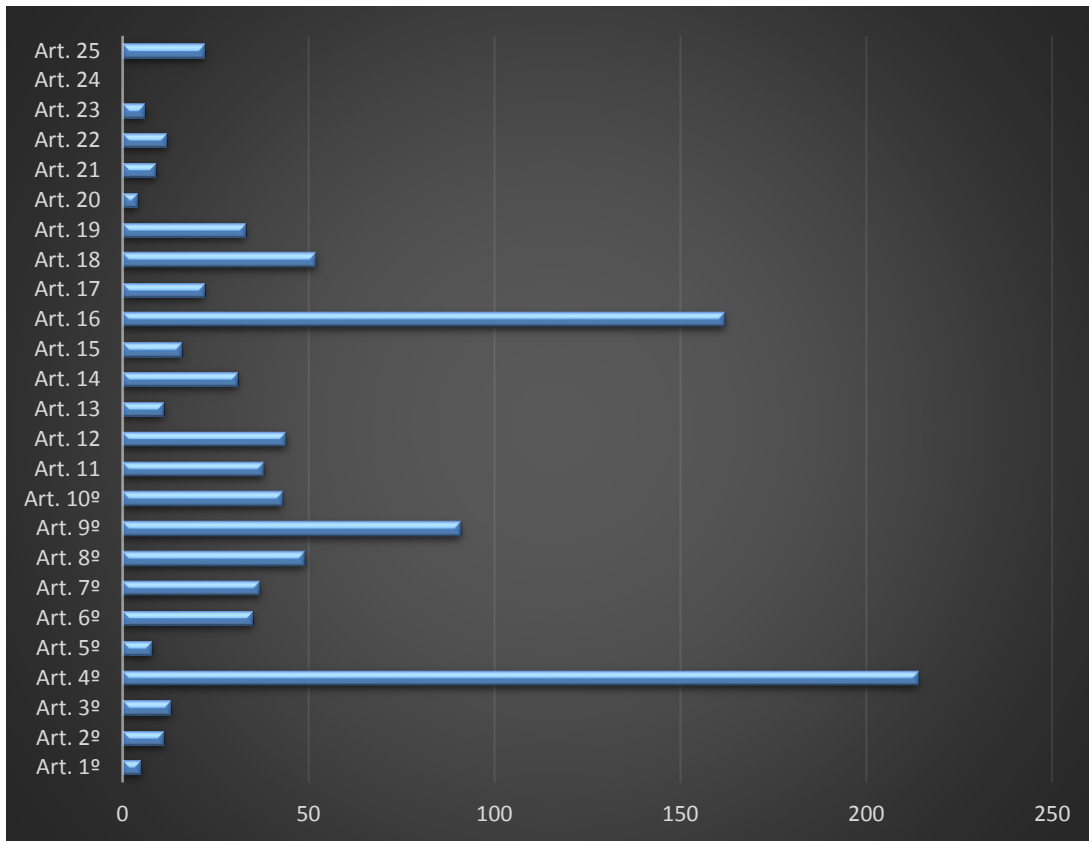


Gráfico 4 – Contribuições por artigo do normativo proposto



III – Consolidação das Principais Sugestões e Contribuições

Dentre as contribuições recebidas através da Consulta Pública nº 60, algumas apareceram com maior frequência. Neste tópico serão enumerados os principais pontos abordados em cada artigo da minuta disponibilizada à sociedade.

No art. 1º, os principais pontos abordados tratavam da aplicação ou não aplicação dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, que dispõem sobre a manutenção da condição de beneficiário, para aqueles que possuíssem vínculo coletivo empresarial e viessem a ser demitidos ou aposentados.

No art. 2º, questionou-se a conceituação dada pela minuta para Mecanismos Financeiros de Regulação.

No art. 3º, a maior parte das contribuições buscou uma melhor compreensão da proposta colocada no parágrafo único, que previa a possibilidade de adoção de mecanismos financeiros de forma cumulativa pelas operadoras.

No art. 4º, houve contribuições no sentido de manter o entendimento adotado expressamente pela Resolução CONSU 08/98 sobre a impossibilidade de o beneficiário arcar com a cobertura integral de um procedimento na coparticipação, aliados aos questionamentos sobre percentual máximo de incidência de coparticipação.

No art. 5º, foram recebidas algumas contribuições que fugiam ao escopo da proposta, que tratava da possibilidade de aplicação do mecanismo financeiro de forma crescente, pelas operadoras, respeitados os limites postos pela norma.

No art. 6º, as contribuições, sobretudo aquelas trazidas pelos consumidores, pleitearam a exclusão da proposta que permitiria pagamento integral de procedimentos incluídos em Cobertura Parcial Temporária, como uma alternativa a esta.

No art. 7º, as contribuições também foram em maior número dadas por consumidores que argumentaram não ser adequado permitir o custeio através do pagamento de franquia ou de coparticipação de procedimentos havidos em casos de urgência e emergência.

No art. 8º, houve uma grande quantidade de contribuições opinando pela exclusão da proposta, bem como contribuições, sobretudo de prestadores de serviço, buscando uma maior rigidez da proposta sob o argumento de que a falta injustificada onera demasiadamente o prestador.

O art. 9º tratou das espécies de franquia e foi contestado, sobretudo, em razão de não vedar o custeio integral de procedimentos pelo beneficiário. Por outro lado, foram apresentadas contribuições favoráveis às propostas, em razão da possibilidade de oferecimento de novos produtos para o mercado.

O art. 10 recebeu diversas críticas, pois obrigaria as operadoras a apresentar duas Notas Técnicas de Registro de Produto - NTRPs para cada produto com mecanismo de regulação que pretendesse comercializar, o que geraria maiores custos e impactaria no preço final ao consumidor.

Em relação ao art. 11, a maior parte das contribuições abordou a existência de outras obrigações impostas pela ANS, que teriam o mesmo escopo, como o Guia de Leitura Contratual.

O art. 12 trazia a previsão da criação de simuladores que auxiliariam os beneficiários nos momentos de contratação, utilização e conferência de cobranças realizadas pelo plano de saúde. Contudo a proposta não foi bem recebida por qualquer das partes, sendo criticada por consumidores, operadoras e prestadores. Pelos primeiros, pela dificuldade de se atestar a veracidade das informações, enquanto que, para as operadoras, os principais problemas seriam os custos e as dificuldades de implementação, ao passo que para os últimos haveria uma quebra do sigilo empresarial.

A principal contribuição retirada do artigo 13 seria a limitação do mecanismo de franquia aos eventos de internação.

O art. 14 apresentou duas vertentes de contribuições: as que pleiteavam a possibilidade de coparticipação em internações e as que pleiteavam a impossibilidade para todo tipo de internação, inclusive as psiquiátricas.

No art. 15, as contribuições visaram tornar mais clara a proposta apresentada, que consistia na utilização de mecanismos para indução da utilização do plano de saúde com fins de prevenção e promoção da saúde.

O art. 16 trouxe o rol de procedimentos isentos, que sofreu bastante críticas das operadoras por supostamente onerar demasiadamente o valor do produto, mas também trouxe contribuições no sentido de incluir outros procedimentos, bem como de adequação da nomenclatura proposta, uniformizando-a com o Rol da ANS e a tabela TUSS.

O artigo 17 ensejou contribuições por parte das operadoras, no sentido de que a inadimplência na parcela referente aos mecanismos deveria possibilitar a rescisão contratual, bem como a estipulação de prazo razoável para que as operadoras fornecessem as informações previstas.

O art. 18 trouxe contribuições, que iam do estabelecimento do limite de exposição financeira em contrato até a necessidade de limites pré-fixados. Também houve grande número de contribuições postas por operadoras sobre a possibilidade de incidência de juros no parcelamento dos valores devidos a título de franquia ou coparticipação.

O art. 19 trouxe como principal contribuição a necessidade de adequar o prazo àquele já previsto pela RN 395/16.

O art. 20 recebeu apenas 4 contribuições, não havendo um ponto relevante e não mencionado anteriormente para destacar.

Os arts. 21, 22 e 23 trouxeram previsão sobre a aplicação dos mecanismos financeiros de regulação nas internações psiquiátricas e as contribuições visaram maior clareza e melhoria da redação proposta ou a revisão das normas para equiparar a situação com as demais internações.

O art. 24 não recebeu contribuições.

No art. 25, a maioria das contribuições pleiteou a postergação da vigência da norma.

IV – Manifestação motivada sobre o acatamento ou a rejeição das principais sugestões e contribuições

O presente capítulo apresentará a análise final, com uma breve motivação para cada artigo que foi submetido à apreciação da DICOL.

O art. 1º proposto adveio de uma alteração da ordem de algumas disposições, a fim de manter uma lógica na minuta do normativo, uma vez que o artigo primeiro deve dispor apenas sobre o objeto da norma, não adentrando em questões de mérito, como aplicabilidade da norma no tempo.

Para o art. 2º, entendeu-se que a questão conceitual foi muito debatida, retirando o foco do que importava na norma. Entendeu-se que o conceito de Mecanismo Financeiro de Regulação é objeto dos documentos preparatórios e não necessariamente da norma. O artigo se fixou na necessidade de definir conceitos concretos das espécies de mecanismos e não do instituto.

Os arts. 3º e 4º, dentro do rearranjo formal feito na norma, passaram a prever as regras para isenção de procedimentos. Nesta proposta, a ANS buscou unir o que se previa no art. 15, sobre a utilização dos mecanismos para fins de prevenção e promoção da saúde, com um operacional que viesse a permitir um melhor gerenciamento das demandas pelas operadoras de planos de saúde, para mitigação dos riscos de elevação dos custos assistenciais e racionalização de estruturas.

O Art. 5º trouxe as regras para os limites de exposição financeira, antes previstas no art. 18. Ressalta-se que a ANS passou a propor um limite definido pelo normativo e não mais por contrato, bem como trouxe previsão de limites mensal e anual.

O art. 6º da proposta original foi excluído da minuta submetida à DICOL, uma vez que sofreu críticas de todas as partes que participaram da consulta, não se justificando a manutenção de uma proposta que não tivesse qualquer respaldo social. O art. 6º proposto passou a prever algumas das normas antes previstas no art. 11 da norma, sobre transparência das informações.

O art. 7º da proposta submetida à DICOL também ajudou a esclarecer a previsão antes posta no artigo 15, uma vez que abre a possibilidade de um gerenciamento diferenciado da assistência à saúde.

O art. 8º da minuta original foi retirado da proposta, acatando-se a maioria das contribuições e o artigo proposto passou a prever questão análoga àquela anteriormente disposta no art. 7º, sobre a cobrança de coparticipação em procedimentos havidos em pronto socorro, quando não evoluíssem para internação, pois, conforme já abordado pelo Relatório de Análise de Impacto Regulatório, o setor de Pronto Socorro de hospitais vem sendo indevidamente utilizado como porta de entrada no sistema de saúde suplementar, gerando custos e ineficiências para o setor.

O art. 9º da proposta submetida à DICOL trouxe as regras e tipos de coparticipação antes previstas no art. 4º. Após análise das contribuições, optou-se pela retirada de uma das modalidades de coparticipação previstas, bem como pela alteração de algumas regras. Pelas razões já expostas no AIR, foram mantidos os limites percentuais para coparticipação, bem como a não previsão, no normativo, sobre a vedação para o custeio integral de um procedimento pelo beneficiário.

O art. 10 trouxe os tipos e regras de incidência para franquia, mantendo-se a franquia acumulada, agora denominada franquia dedutível acumulada e a franquia limitada por acesso, uma vez que se retirou da norma a vedação de incidência de coparticipação para internação, essa modalidade de franquia, antes prevista, foi retirada da proposta.

O art. 11 trouxe a previsão que busca dar ao beneficiário e à própria ANS mais informações sobre o mercado de planos de saúde. A redação anterior, entendeu-se, burocratizava demasiadamente a contratação de planos de saúde, sem trazer benefícios para o mercado. O aumento nos custos da contratação não seria compensado pelos benefícios alcançados com a proposta.

O art. 12 apresentado na proposta à DICOL traz a regra de aplicação da norma no tempo, antes prevista no art. 1º. É de se ressaltar que a proposta apresentada levou em conta a manifestação da Diretoria de Produtos, que afirmou não ser tecnicamente viável proibir a comercialização de planos já registrados e a obrigatoriedade de registro de novos

produtos, dado o impacto operacional que geraria. Em relação aos simuladores originalmente previstos, considerando as dificuldades apontadas na consulta pública e a falta de respaldo social, optou-se por retirá-los da proposta. Salieta-se, no entanto, que não há vedação para a disponibilização de simuladores e estes poderão ser adotados a qualquer tempo pelas operadoras e administradoras de benefícios que assim o quiserem.

Os arts. 13 e 14 propostos trazem a alteração da RN 389/15, com inclusão de alguns incisos e parágrafo, aumentando o rol de informações que as operadoras devem fornecer aos seus beneficiários através do Portal de Informação dos Beneficiários da Saúde Suplementar – PIN-SS.

O art. 15 apresenta as revogações de normativos feitas pela proposta apresentada.

O art. 16 trouxe a previsão de vigência da norma, com um prazo de 90 dias após a publicação para a entrada em vigor.

Ressalte-se acerca das internações psiquiátricas que, após a análise das contribuições a proposta apresentada à DICOL, sugeriu-se a equiparação das regras incidentes com as regras existentes para as demais internações, devendo haver uma revisão das diretrizes de utilização trazidas pelo rol de procedimentos da ANS, para garantir que não sejam utilizadas de forma indiscriminada e sem indicação clínica absoluta.

Abaixo, apresenta-se tabela comparativa entre os dispositivos iniciais e os resultantes do processo de discussão, acrescidos de comentários. Ressalta-se que não há necessariamente correlação numérica entre os artigos, haja vista que, durante a análise, houve alteração de ordem nos temas que compõe a norma.

<u>DISPOSITIVO ANALISADO</u>	<u>RESULTADO</u>	<u>COMENTÁRIOS</u>
----------------------------------	------------------	--------------------

<p>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.</p> <p>§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.</p> <p>§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.</p> <p>§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.</p>	<p>Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar.</p>	<p>Foi alterada a ordem de algumas disposições a fim de manter uma lógica na minuta do normativo. O artigo primeiro deve dispor apenas sobre o objeto da norma.</p>
<p>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.</p>	<p>Art. 2º São espécies de mecanismos financeiros de regulação:</p> <p>I – Coparticipação; e</p> <p>II – Franquia.</p> <p>§ 1º A Coparticipação é o valor efetivamente pago pelo consumidor à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da</p>	<p>A questão conceitual foi muito debatida, retirando o foco do que importava na norma. Entendemos que o conceito de Mecanismo Financeiro de Regulação é objeto dos documentos preparatórios e não necessariamente da norma. O artigo se fixou na necessidade de definir conceitos concretos das</p>

	<p>realização de um procedimento ou evento em saúde.</p> <p>§ 2º A Franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada.</p>	<p>espécies de mecanismos e não do instituto.</p>
<p>Art. 3º. São espécies de Mecanismos Financeiros de Regulação:</p> <p>I – coparticipação; e II – franquia.</p> <p>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.</p>	<p>Art. 3º. Os procedimentos e serviços de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.</p>	<p>Houve uma alteração da estrutura da norma, pelo que se trouxe, para os artigos 3º e 4º, a previsão das isenções que antes encontrava-se no art. 16.</p>
<p>Art. 4º Coparticipação é o valor pago pela utilização de um procedimento, a exceção de internações, podendo se apresentar das seguintes formas:</p> <p>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</p>	<p>Art. 4º Para conceder a isenção a que se refere o art. 3º desta norma, 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.</p> <p>§1º Nos casos em que os contratos de planos privados de assistência à saúde não contiverem 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 norma poderá ser condicionada à indicação, pela operadora, do prestador de serviços de saúde que realizará o procedimento.</p> <p>§2º. Para indicação do prestador conforme previsto no caput e no §1º deste artigo, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá</p>	<p>Houve uma alteração da estrutura da norma, pelo que se trouxe para os artigos 3º e 4º a previsão das isenções que antes encontrava-se no art. 16.</p>

<p>pecuniária, referente a diferentes procedimentos.</p> <p>§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.</p> <p>§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.</p> <p>§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.</p> <p>§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.</p>	<p>observar o normativo específico que dispõe sobre a garantia 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.</p> <p>§3º Ultrapassados os prazos previstos no §2º sem que a operadora tenha indicado um prestador ao beneficiário, este poderá realizar o procedimento específico, com isenção de franquia ou coparticipação, em qualquer prestador de sua rede credenciada, referenciada ou contratada, sem prejuízo das penalidades cabíveis à operadora.</p> <p>§4º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou serviços em saúde que ficarão isentos da cobrança de mecanismos financeiros de regulação, além daqueles elencados no anexo desta norma.</p>	
<p>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.</p>	<p>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:</p> <p>I – Limite anual: o valor máximo a ser pago 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</p>	<p>Houve uma alteração da estrutura da norma, pelo que se trouxe para o artigo 5º a previsão do limite de exposição financeira, que antes encontrava-se no art. 18.</p> <p>A proposta do art. 5º encontra-se contemplada no art. 6º, III.</p>

	<p>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 devida pelo mesmo beneficiário.</p> <p>§1º Considera-se contraprestação-base aquela devida pelo beneficiário no primeiro mês do ano de vigência do contrato, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.</p> <p>§2º É vedado o acúmulo dos limites previstos neste artigo para os períodos subsequentes.</p> <p>§3º Os limites dispostos neste artigo não se aplicam aos planos de segmentação odontológica.</p>	
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Art. 6º Os mecanismos financeiros de regulação devem estar previstos nos respectivos contratos, regulamentos ou instrumentos congêneres, de forma clara e destacada, com, ao menos, as seguintes informações em relação a cada espécie:</p> <p>I – os procedimentos e serviços em saúde sobre os quais incidirão; II - os procedimentos e serviços em saúde isentos de cobrança, conforme o previsto nesta resolução; III – forma de aplicação e valores e/ou percentuais incidentes; IV – limite de exposição financeira; V - critérios de reajuste dos valores devidos a título de mecanismos financeiros de regulação, se houver; e VI – eventuais distinções entre os serviços e procedimentos em saúde realizados na rede credenciada, referenciada e/ou cooperada ou apenas em prestadores não integrantes da rede da operadora.</p>	<p>A proposta originalmente prevista no artigo 6º foi retirada da proposta. A minuta apresentada traz no artigo 6º algumas regras de uso que estavam dispostas nos artigos 11 e outros.</p>

<p>Art. 7º Nos atendimentos de urgência ou emergência a coparticipação não será devida se estes progredirem para a internação do consumidor.</p>	<p>Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia.</p> <p>Parágrafo único. É facultado às operadoras definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, distintos e escalonados por grupos de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes.</p>	<p>Outra previsão que foi deslocada dentro da proposta. A proposta do parágrafo único, analisada em conjunto com o restante da norma, traz uma regra mais clara sobre o que estava previsto, de forma programática, no art. 15.</p>
<p>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.</p>	<p>Art. 8º. As internações e os atendimentos em pronto socorro serão entendidos, para fins desta norma, como evento único, sobre os quais incidirá um único valor a título de mecanismo financeiro de regulação por acesso, observadas as disposições específicas previstas no capítulo III desta resolução.</p>	<p>A proposta original do art. 8º foi retirada da minuta. A presente redação visa tratar do tema anteriormente abordado no art. 7º.</p>
<p>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:</p> <p>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;</p> <p>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</p>	<p>Art. 9º A coparticipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas:</p> <p>I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efetivamente pago pela operadora ao prestador de serviços em saúde;</p> <p>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</p> <p>III- valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a título de coparticipação.</p> <p>§1º A tabela de referência a que se refere o inciso II deste artigo, bem como o valor fixo definido no inciso III deverão constar de forma destacada no contrato, regulamento ou instrumento jurídico, bem como serem disponibilizados no</p>	<p>A previsão originalmente trazida no art. 4º, de regras e tipos de coparticipação previstas, foi revista e trazida para o art. 9º. As regras para franquia foram deslocadas para adiante.</p>

<p>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.</p>	<p>Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, na forma prevista em normativo específico.</p> <p>§2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II deste artigo, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 40% (quarenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora 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.</p> <p>§3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão coparticipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgará aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.</p> <p>§4º O reajuste dos valores contido na tabela de referência a que se refere o inciso II deste artigo, bem como do valor fixo definido no inciso III não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respectivo 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.</p> <p>§5º O limite previsto no §2º deste artigo não se aplica aos planos de segmentação odontológica.</p>	
<p>Art. 10 O contratante deve assinar declaração de que tem ciência da incidência de Mecanismo Financeiro de</p>	<p>Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas:</p>	<p>A previsão originalmente trazida no art. 9º, com regras e tipos de franquia previstas,</p>

<p>Regulação em seu plano de saúde e de que teve ciência do preço que seria cobrado em plano análogo, sem incidência de Mecanismo.</p>	<p>I - Franquia Dedutível Acumulada: a operadora 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 atingido o valor previsto no contrato como franquia; e</p> <p>II - Franquia Limitada por Acesso: a operadora 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, nos contratos em que haja previsão de livre escolha, acessa prestador de fora da rede de prestadores da operadora</p> <p>§1º Para fins da franquia prevista no inciso I, serão contabilizados, acumuladamente, todos os procedimentos realizados pelo beneficiário na rede credenciada, referenciada ou cooperada da operadora, bem como nos procedimentos realizados fora da rede da operadora, nas situações específicas em que o contrato de prestação de serviços de assistência à saúde preveja de livre escolha de rede.</p> <p>§2º. Para fins da franquia prevista no inciso II, entende-se como acesso o ato praticado pelo beneficiário de se dirigir a um profissional de saúde ou estabelecimento de saúde para realização de procedimentos ou serviços de saúde.</p> <p>§3º. Para fins de atingimento do valor da franquia prevista no inciso II, os valores de todos os procedimentos ou serviços de saúde realizados pelo beneficiário no respectivo e determinado acesso serão somados.</p> <p>§4º Para todos os casos em que incidir</p>	<p>foi revista e trazida para o art. 10.</p> <p>A norma originalmente prevista no art. 10 não foi replicada na proposta submetida para a DICOL por se entender que sua finalidade já estaria amparada por outros normativos já existentes.</p>
--	---	--

	<p>franquia sobre procedimentos e eventos em saúde realizados na rede contratada, credenciada, referenciada e/ou cooperada, a operadora pagará diretamente ao prestador os valores devidos pela realização dos procedimentos, cobrando, posteriormente, o valor devido ao beneficiário ou contratante, na forma prevista no contrato.</p> <p>§5º O reajuste dos valores da franquia não poderá ser superior ao índice de reajuste das contraprestações pecuniárias aplicado ao respectivo 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.</p>	
<p>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.</p> <p>§1º As cláusulas mencionadas no caput devem ser redigidas de forma clara e com o devido destaque no corpo do contrato.</p> <p>§2º Em planos coletivos, cada titular deve ter ciência comprovada de que conhece as cláusulas de mecanismos de regulação financeiros e seus valores.</p>	<p>Art. 11. A operadora será obrigada a prestar as seguintes informações na Nota Técnica de Registro de Produtos – NTRP quando do registro de novos produtos ou atualização dos produtos já registrados:</p> <p>I - qual o limite de exposição financeira previsto para o produto, observando-se o disposto na seção IV do capítulo II desta norma; e</p> <p>II - os valores e/ou percentuais máximos de coparticipação e franquia adotados em cada produto, separando, quando for o caso, as categorias de despesas, conforme previstas na Resolução Normativa que trata sobre o tema.</p>	<p>Buscou-se evitar a burocratização da contratação, com a imposição de novas obrigações de documentos a serem entregues, bem como assinados pelos beneficiários, pelo que a regra original foi revista e exposta no art. 6º. O novo art. 11, por sua vez, busca trazer para a ANS informações que serão úteis para o acompanhamento dos resultados regulatórios obtidos pela regulação posta.</p>
<p>Art. 12 As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar um dos Mecanismos Financeiros de</p>	<p>Art. 12. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham dentre suas características a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação</p>	<p>Os simuladores deixam de ser obrigatórios pela norma, uma vez que a consulta demonstrou que nenhuma</p>

<p>Regulação previstos nesta norma serão obrigados a disponibilizar as seguintes simulações aos seus beneficiários:</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>III- informações pós utilização, no PIN-SS.</p> <p>Parágrafo Único – As regras para elaboração e disponibilização dos simuladores estão descritas no anexo desta norma.</p>	<p>poderão continuar a serem comercializados, desde que os contratos firmados a partir da vigência desta norma observem integralmente suas disposições.</p>	<p>das partes envolvidas concordou com sua proposta. Observe-se que as operadoras que quiserem implementar algum tipo de simulador estão livres para tal. O novo art. 12 trata da aplicação da norma no tempo, tendo sido considerada a manifestação da área de produtos, que apontou dificuldades para operacionalizar a proposta intermediária, pelo que se retornou ao que se propôs originalmente no art. 1º.</p>
<p>Art. 13 É vedada a incidência de franquia nos mesmos procedimentos ou eventos em saúde que incidem a coparticipação em um mesmo produto.</p>	<p>Art. 13. A Resolução Normativa nº 389, de 26 de novembro de 2015, passa a vigorar com as seguintes redações:</p> <p>Art. 7º</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>XXI – dados do Serviço de Atendimento ao Cliente ou unidade organizacional equivalente da operadora;</p> <p>XXII - informação de contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Disque ANS, endereço eletrônico e link para o contato dos Núcleos de Fiscalização); (NR)</p>	<p>Alteração meramente formal da RN 389/15, pela inserção de novos incisos no art. 14.</p>

<p>Art. 14 É vedado o estabelecimento de coparticipação em internações, ressalvada a hipótese prevista nesta norma (art. Internação psiquiátrica).</p>	<p>Art. 14. A Resolução Normativa nº 389, de 26 de novembro de 2015, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:</p> <p>“Art. 7º</p> <p>XXIII – relação dos procedimentos, dos grupos de procedimentos ou eventos em saúde sobre os quais incidem mecanismos financeiros de regulação, quando houver;</p> <p>XXIV - tabela de referência que contenha os valores monetários dos procedimentos, grupos de procedimentos ou eventos em saúde sobre os quais incidem percentuais devidos a título de mecanismos financeiros de regulação, quando houver;</p> <p>XXV - relação dos valores fixos cobrados sobre os procedimentos, grupo de procedimentos ou eventos em saúde a título de mecanismo financeiro de regulação, quando houver;</p> <p>XXVI – relação dos procedimentos e serviços em saúde isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação, destacando aqueles isentos por determinação legal daqueles isentos por disposição contratual; e</p> <p>XXVII – limite de exposição financeira previsto no contrato firmado entre a operadora e o contratante, que deverá observar o disposto na seção IV do capítulo II desta norma.”</p> <p>“Art. 9º</p> <p>§5º Na hipótese de incidência de</p>	<p>Reforço na norma que trata da transparência, trazendo maiores obrigações para as operadoras em relação aos seus beneficiários. As regras para internação psiquiátrica, originalmente trazidas pelo art. 14 foram revistas, optando-se por igualá-las com as demais internações.</p>
--	--	--

	<p>qualquer mecanismo financeiro de regulação, deverá ser informado mensalmente e de forma individualizada por procedimento para cada beneficiário:</p> <p>I – qual espécie de mecanismo financeiro de regulação foi aplicada; e</p> <p>II – o valor exato cobrado a título de mecanismos financeiros de regulação.”</p>	
<p>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.</p>	<p>Art. 15. Revogam-se os artigos 1º, §2º; 2º, VII e VIII; 3º e 4º, I, “a”, VI e VII da Resolução CONSU nº 8 de 3 de novembro de 1998, bem como o art. 22, II e suas alíneas da Resolução Normativa - RN 428 de 07 de novembro de 2017.</p>	<p>A regra trazida no artigo 15 foi reposicionada. O atual art. 15 traz regras de disposição final, com revogações pertinentes.</p>
<p>Art. 16 É vedada a incidência de mecanismo financeiro de regulação:</p> <p>I – Nas 4 (quatro) consultas realizadas com médico generalista (pediatria, clínica geral, médico de família, geriatria, ginecologia), a cada 12 meses;</p> <p>II – Nos exames preventivos, entendendo-se por estes por:</p> <p>a) Mamografia – mulheres de 40 a 69 anos – 1 exame a cada 2 anos;</p> <p>b) Citologia oncótica cérvico-uterina – mulheres de 21 a 65 anos – 1 exame por ano;</p> <p>c) Sangue oculto nas fezes – adultos de 50 a 75 anos – 1 exame ao ano, e repetição acaso o resultado seja positivo;</p> <p>d) Colonoscopia – em adultos de 50 a 75 anos;</p> <p>e) Glicemia de jejum – 1 exame ao ano para pacientes acima 50 anos;</p>	<p>Art. 16. Esta norma entra em vigor 90 (noventa) dias após sua publicação.</p>	<p>As disposições do artigo 16 encontram-se revistas e reposicionadas para o art. 3º. O atual art. 16 trata da vigência da norma.</p>

<p>f) Hemoglobina glicada – 2 exames ao ano para pacientes diabéticos;</p> <p>g) Lipidograma – homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos – 1 exame/ano;</p> <p>h) Teste HIV e sífilis, em pacientes com vida sexual ativa, no max 1 exame/ano.</p> <p>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.</p> <p>IV – Exames do Pré-Natal, entendendo-se por:</p> <p>a) Sorologia para sífilis, hepatites e HIV;</p> <p>b) Ferro sérico;</p> <p>c) Citologia cérvico-uterina;</p> <p>d) Cultura de urina;</p> <p>e) Tipagem sanguínea (ABO) e RH;</p> <p>f) Toxoplasmose;</p> <p>g) EAS;</p> <p>h) Glicemia de jejum;</p> <p>i) Teste de COMBS direto;</p> <p>j) Pelo menos 3 exames de ultrassonografia, uma por volta da 11ª semana, outra por volta da 18ª semana e uma terceira entre a 34ª e 37ª semanas de gestação; e</p> <p>k) Pelo menos 10 consultas de obstetrícia.</p>		
<p>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</p>	<p>Não há.</p>	<p>Tal direito já existe para os beneficiários, tendo em vista normas do Direito do Consumidor.</p>

<p>verificar a correção da cobrança.</p>		
<p>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.</p>	<p>Não há.</p>	<p>Buscou-se uma simplificação geral do conceito e da forma de aplicação. Os valores foram alterados conforme motivação constante do relatório de AIR.</p>
<p>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.</p> <p>Parágrafo Único - O prazo mencionado neste artigo não altera os prazos estabelecidos pela Resolução Normativa - RN 259, de 17 de junho de 2011.</p>	<p>Não há.</p>	<p>Retirado da proposta.</p>
<p>Art. 20. Independente da utilização de tabelas e valores monetários fixos para cobrar a</p>	<p>Não há.</p>	<p>Entende-se que esta previsão estará contemplada</p>

<p>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.</p>		<p>com aquela que se segue de inclusão de item no PIN-SS.</p>
<p>Art. 21. Exclusivamente para saúde mental não é vedado o estabelecimento de coparticipação exclusivamente para internações psiquiátricas;</p>	<p>Não há.</p>	<p>Entende-se pela inexistência de razão para a manutenção da diferenciação das internações psiquiátricas das demais internações, sendo certo que a revisão do ROL, com previsão de Diretrizes de Utilização específicas, poderá evitar internações desnecessárias, sem respaldo clínico.</p>
<p>Art. 22. É vedada a cobrança de coparticipação ou franquia nos primeiros 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato</p>	<p>Não há.</p>	<p>Entende-se pela inexistência de razão para a manutenção da diferenciação das internações psiquiátricas das demais internações, sendo certo que a revisão do ROL, com previsão de Diretrizes de Utilização específicas, poderá evitar internações desnecessárias, sem respaldo clínico.</p>
<p>Art. 23. Admite-se a cobrança de coparticipação incidindo em percentual a partir do 31º dia de internação, por ano de contrato.</p> <p>Parágrafo Único – Admite-se a cobrança da coparticipação mencionada no caput de forma crescente, limitada a 50% do valor contratado com o</p>	<p>Não há.</p>	<p>Entende-se pela inexistência de razão para a manutenção da diferenciação das internações psiquiátricas das demais internações, sendo certo que a revisão do ROL, com previsão de Diretrizes de Utilização específicas, poderá evitar</p>

prestador de serviço.		internações desnecessárias, sem respaldo clínico.
Art. 24. O descumprimento do disposto nesta RN ensejará a aplicação das sanções previstas na RN 124/06.	Não há.	Evita-se a construção de tipos específicos que poderiam onerar o setor de fiscalização, ao mesmo tempo que se mantém a possibilidade de autuação conforme normativo vigente. Atualmente, na RN 124/06, há infração específica para o descumprimento das normas que tratam dos mecanismos de regulação, prevista no art. 71.
Art. 25. Esta norma entra em vigor na data de sua publicação.	Não há.	Não há.

V – Conclusão

Por fim, cabe ressaltar que após essa consolidação de contribuições, houve uma nova pesquisa tomando por referência a Avaliação de Impacto Regulatório, provocando alterações no próprio AIR e reflexamente na minuta em relação às operadoras odontológicas, dada sua peculiaridade.

Em suma, essas foram as principais contribuições que devem ser prestadas à sociedade em respeito à Resolução Normativa nº 242/10.

