

RESOLUÇÃO NORMATIVA

Rio de Janeiro, 07 de dezembro de 2017.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO

OBS.: Atenção - Antes de assinar verifique se possui autoridade no Regimento interno da ANS para assinar este tipo de documento.

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.

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, VII, XII, XXVIII e XXXI 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. 30 da Resolução Regimental - RR nº 01, de 17 de março de 2017, em reunião realizada em XXXXXXXXXXXXX, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

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.

Art. 2º São espécies de mecanismos financeiros de regulação:

I – Coparticipação; e

II – Franquia.

§ 1º A Coparticipação é o valor efetivamente pago pelo consumidor à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde.

§ 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.

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES COMUNS ÀS ESPÉCIES DE MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO

Seção I

Das Isenções

Art. 3º Os procedimentos e serviços de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.

Art. 4º Para conceder a isenção a que se refere o art. 3º desta norma, as operadoras de planos de saúde poderão se valer de mecanismos de regulação assistencial para gerenciar a demanda por serviços na forma prevista em contrato.

§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.

§2º Quando a operadora não indicar um prestador específico para realização de procedimento ou serviço de saúde isento de cobrança de mecanismo financeiro de regulação, o beneficiário poderá se utilizar de qualquer prestador da rede credenciada, referenciada ou cooperada ou, nos contratos em que haja previsão de livre escolha, acessar prestador fora da rede de prestadores da operadora, mantendo-se a isenção quanto à incidência dos mecanismos financeiros de regulação.

§3º As operadoras de planos de 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.

Seção II

Do Limite de Exposição Financeira

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 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

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.

§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.

§2º É vedado o acúmulo dos limites previstos neste artigo para os períodos subsequentes.

§3º Os limites dispostos neste artigo não se aplicam aos planos de segmentação odontológica.

Seção III

Regras de Uso e Vedações

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:

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;

II – forma de aplicação e valores e/ou percentuais incidentes;

III – limite de exposição financeira;

IV - critérios de reajuste dos valores devidos a título de mecanismos financeiros de regulação, se houver; e

V – 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.

Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia.

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.

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.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS DOS MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO

Seção I

Da Coparticipação

Art. 9º A coparticipação 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, efetivamente pago pela operadora 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 título de coparticipação.

§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 Portal de Informações do Beneficiário da Saúde

Suplementar – PIN-SS, na forma prevista em normativo específico.

§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.

§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.

§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.

§5º O limite previsto no §2º deste artigo não se aplica aos planos de segmentação odontológica.

Seção II

Da Franquia

Art. 10. A franquia incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas:

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

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

§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.

§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.

§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.

§4º Para todos os casos em que incidir 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.

§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.

CAPÍTULO IV

DISPOSIÇÕES FINAIS

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:

I - qual o limite de exposição financeira previsto para o produto, observando-se o disposto na seção IV do capítulo II desta norma; e

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.

Art. 12. Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham dentre suas características a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação poderão continuar a serem comercializados, desde que os contratos firmados a partir da vigência desta norma observem integralmente suas disposições.

Art. 13. A Resolução Normativa nº 389, de 26 de novembro de 2015, passa a vigorar com as seguintes redações:

“Art. 7º

.....

XXI - dados do Serviço de Atendimento ao Cliente ou unidade organizacional equivalente da operadora;

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)

Art. 14. A Resolução Normativa nº 389, de 26 de novembro de 2015, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

“Art. 7º

.....

XXIII - relação dos procedimentos, dos grupos de procedimentos ou eventos em saúde sobre os quais incidem mecanismos financeiros de regulação, quando houver;

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;

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;

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

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.”

“Art. 9º

§5º Na hipótese de incidência de qualquer mecanismo financeiro de regulação, deverá ser informado mensalmente e de forma individualizada por procedimento para cada beneficiário:

I - qual espécie de mecanismo financeiro de regulação foi aplicada; e

II - o valor exato cobrado a título de mecanismos financeiros de regulação.”

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.

Art. 16. Esta norma entra em vigor 90 (noventa) dias após sua publicação.

ANEXO À MINUTA DE NORMA

Estão isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação os seguintes procedimentos:

I – 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 exames ao ano;

d) Colonoscopia – em adultos de 50 a 75 anos;

e) Glicemia de jejum – 1 exame ao ano para pacientes acima 50 anos;

- f) Hemoglobina glicada – 2 exames ao ano para pacientes diabéticos;
- g) Lipidograma – homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos – 1 exame/ano;
- h) Teste HIV e sífilis, 1 exame/ano.

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

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

- 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 (Ultrassonografia Morfológica) e uma terceira entre a 34^a e 37^a semanas de gestação; e
- k) 10 consultas de obstetrícia