

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº XXX, DE XX DE XXXX DE 2018

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 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. 30 da Resolução Regimental - RR nº 01, de 17 de março de 2017, em reunião realizada em XXXXXXXXXXXXXXXX, 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 devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.

§ 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.

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 privados de assistência à 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. Para indicação do prestador conforme previsto no caput e no §1º deste artigo, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá 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.

§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.

§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.

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 pecuniária base o valor devido pelo beneficiário, ainda que custeado integral ou parcialmente pelo contratante, referente ao primeiro mês de vigência do contrato, livre de coparticipações, franquias e qualquer desconto, dedução ou taxa adicional, atualizando-se sempre no mês de aniversário do contrato.

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

§3º Para fins de observância do limite de exposição financeira anual, considerar-se-ão os procedimentos, serviços e/ou eventos efetivamente realizados dentro do respectivo período anual, sobre os quais incidiram mecanismos financeiros de regulação.

§4º A cobrança dos mecanismos financeiros de regulação que incidiram no período limite de exposição financeira anual poderá ser realizada supervenientemente, desde que observe o limite de exposição financeiro mensal.

§5º Ultrapassado o Limite de Exposição anual, os custos referentes à efetiva utilização 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.

§6º Os limites dispostos neste artigo não se aplicam aos planos de segmentação odontológica.

§7º Na modalidade de Franquia prevista no artigo 10, I somente incidirá o Limite de Exposição Financeira Anual.

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 procedimentos e os serviços em saúde realizados na rede credenciada, referenciada e/ou cooperada ou apenas em prestadores não integrantes da rede da operadora de planos privados de assistência à saúde.

Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica.

§1º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, as operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão cobrar coparticipação em valor percentual, de forma crescente ou não, até o limite previsto no §2º do art. 9º, observadas as regras dispostas no art. 5º, após o 31º dia de internação, consecutivos ou não.

§2º 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 Os mecanismos financeiros de regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os serviços e procedimentos 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 à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do art. 5º desta norma; e

II – no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do art. 5º desta norma.

§1º Nos casos do inciso I, poderá ser cobrado valor distinto para atendimentos realizados em unidades de pronto-socorro cuja consulta seja realizada por médico generalista, daquela realizada por médico especialista, conforme previsto em contrato.

§2º Nas hipóteses em que o atendimento iniciado em pronto socorro evolua para internação, somente será devido o valor relativo aos mecanismos de regulação financeiro incidente sobre esta última.

§3º Considera-se procedimento realizado em regime de internação todo aquele que resulta em uma internação do beneficiário, bem como atendimentos realizados em regime de hospital-dia, desde que para realização de procedimento previsto dentro das coberturas obrigatórias para a segmentação hospitalar, do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANS.

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 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 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 30% (trinta 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.

§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 contidos 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 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 atingido o valor previsto no contrato 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, 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 de planos privados de assistência à

saúde bem como atendimentos realizados fora da rede, exclusivamente nas hipóteses em que haja previsão legal ou contratual para a livre escolha de prestadores.

§2º Os procedimentos realizados através da opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual, somente serão contabilizados acumuladamente na forma a que se referem o inciso I e o §1º quando comprovadamente comunicados, pelos beneficiários, à operadora de plano privado de assistência à saúde.

§3º 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.

§4º 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.

§5º É vedado o pagamento direto ao prestador, pelo beneficiário, dos valores devidos a título de franquia, pela realização dos procedimentos cobertos, devendo o pagamento ser realizado diretamente pela operadora de plano privado de assistência à saúde, sem prejuízo da cobrança posterior ao beneficiário, na forma prevista no contrato, exceto nos casos em que houver previsão de opção da livre escolha de rede, conforme previsão legal ou contratual.

§6º 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. Os limites fixados nos artigos 5º e no §2º do art. 9º desta norma poderão ser majorados em até 50% por acordos ou convenções coletivas de trabalho, firmados na forma da legislação trabalhista.

Art. 12. A operadora de planos privados de assistência à saúde 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 - 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. 13. 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.

Parágrafo único – A renovação do contrato firmado antes da vigência da norma somente importará na incidência das regras dispostas nesta norma quando houver alteração de cláusula que disponha sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação.

Art. 14. 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);

XXIII – informação sobre existência de compartilhamento da gestão de riscos para viabilizar o atendimento continuado do beneficiário no contrato, na forma de regulamentação própria da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que permite a assunção de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento, de forma continuada, dos beneficiários de outras operadoras por meio de intercâmbio operacional, convênio de reciprocidade ou outra forma de ajuste; (NR)

Art. 15. A Resolução Normativa nº 389, de 26 de novembro de 2015, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

“Art. 7º

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

XXV - 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;

XXVI - relação dos valores fixos cobrados sobre os procedimentos, grupo de procedimentos ou eventos em saúde a título de mecanismo financeiro de regulação, quando houver;

XXVII – 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

XXVIII – 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 – espécie de mecanismo financeiro de regulação foi aplicada;

II – o valor exato cobrado a título de mecanismos financeiros de regulação;
e

III – o saldo remanescente, referente ao custeio pelo beneficiário, nas hipóteses de franquia dedutível acumulada previsto no art. 10, I da RN nº XXX/18.

Art. 16. 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, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e o inciso II, do art. 22, da Resolução Normativa nº 428, de 07 de novembro de 2017, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Art. 17. Esta norma entra em vigor 120 (cento e vinte) dias após sua publicação.

LEANDRO FONSECA DA SILVA
Diretor-Presidente Substituto

ANEXO

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 síflis, 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