

Versão apresentada como informe na DICOL de 11/05/2017  
Minuta em fase de análise. Passível de mudanças em virtude da análise das contribuições recebidas através da Consulta Pública nº 60.

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

*Dispõe sobre os Fatores Moderadores de Uso, de natureza financeira, doravante denominados Mecanismos Financeiros de Regulação que poderão ser utilizados pelas operadoras em seus produtos a serem disponibilizados ou contratados no mercado 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, determino a sua publicação.

### CAPÍTULO I

#### DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN dispõe sobre os Fatores Moderadores de Uso de natureza financeira, doravante denominados Mecanismos Financeiros de Regulação, que poderão ser utilizados pelas operadoras em seus produtos a serem disponibilizados ou comercializados no mercado de saúde suplementar.

§1º Os produtos registrados antes da vigência desta norma e que tenham dentre suas características a previsão de Mecanismos Financeiros de Regulação terão sua comercialização suspensa.

§2º É obrigatório que conste na Nota Técnica de Registro de Produtos informação acerca dos percentuais máximos de coparticipação e valores de franquia adotados para cada contrato, separando, quando for o caso, as categorias de despesas, conforme previstas na Resolução Normativa que trata sobre o tema.

§3º Para todo produto registrado após a vigência desta Resolução Normativa que tenha dentre suas características a utilização de Mecanismos Financeiros de Regulação a operadora deverá fazer constar da Nota Técnica de Registro de Produtos, a incidência dos respectivos mecanismos e o preço de comercialização padrão, desconsiderando a incidência dos mesmos.

### CAPÍTULO II

## DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º 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 cumulativa, no registro, disponibilização e comercialização de seus produtos, quando a franquia incidir somente para internações.

### **Seção I Coparticipação**

Art. 3º Coparticipação é o valor pago pela utilização de um procedimento, a exceção de internações (incluindo internação domiciliar), 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 de Tabela: quando o valor de coparticipação se reportar a uma tabela com valores de referência, que deverão, traduzir o preço médio praticado pela operadora junto aos seus prestadores de serviço que prestam esse procedimento; e

III – Tabela com o Valor Monetário: quando a tabela trará os valores monetários devidos a título de coparticipação para cada procedimento/grupo específico, que deverão se basear para seu cálculo no preço médio praticado pela operadora junto aos seus prestadores de serviço que prestam esse procedimento;

§1º O percentual máximo de coparticipação a ser cobrado na modalidade prevista no inciso I e II não poderá ultrapassar 40% do valor do procedimento.

§2º As tabelas referidas nos incisos II e III integram o contrato e deverão ser fornecidas, ao menos através de local próprio no site das operadoras, aos beneficiários no momento da contratação ou adesão ao Plano de Saúde, e a cada revisão, independente da modalidade de contratação.

§3º Quando da utilização de tabelas, as mesmas poderão ser atualizadas anualmente tendo como base a média do reajuste concedido aos prestadores de serviço credenciados, devendo esse percentual ser informado ao beneficiário através do PIN-SS.

Art. 4º 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. 5º Nos atendimentos de urgência ou emergência a coparticipação não será devida se estes progredirem para a internação do consumidor.

Art. 6º É permitida a cobrança de coparticipação ao beneficiário referente às consultas marcadas e não realizadas em razão da falta não justificada e comunicada do mesmo, desde que incorra em desembolso por parte da operadora ao prestador de serviços. (\*\*\*)muitas sugestões e críticas)

## **Seção II Franquia**

Art. 7º 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 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 1 ano (12 meses), até atingirem o valor definido, na forma do contrato;

II - Franquia por Categoria de despesa, 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 em Internação, ocorre nas hipóteses em que o mecanismo de regulação incide sobre a internação, sendo esta considerada um evento único, independente de sua duração e da quantidade de procedimentos realizados.

§1º As modalidades de franquia previstas nos incisos I e II somente poderão ser utilizadas nos planos individuais/familiares.

§2º Incluem-se no computo da franquia prevista no inciso I todos os procedimentos realizados pelo beneficiário, ainda que fora da rede credenciada/referenciada, independente do plano contratado ter opção de livre escolha de rede, podendo ser utilizada tabela de referência para computo dos valores, se a utilização se der fora da rede credenciada ou de referência, desde que essa tabela esteja disponível para consumidor.

§3º Deve constar do contrato, nos casos previstos no inciso I, de forma clara e com ciência do beneficiário a forma e todas as regras para comprovação de utilização e computo dos valores.

§4º Durante os dois primeiros anos de aplicação dessas normas novas para franquia, a ANS realizará monitoramento do comportamento do mercado e reavaliará a ampliação de sua aplicação para outros tipos de contratos.

## **CAPÍTULO III**

### **DAS REGRAS COMUNS**

#### **Seção I**

## **Regras Contratuais**

Art. 8º 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 simulador e seu entendimento.

Parágrafo único. Quando da contratação ou aquisição de um plano com Mecanismo Financeiro de Regulação o titular do plano, independente do tipo de plano contratado, deverá assinar declaração em que tome ciência dos valores máximos a serem cobrados conforme limites de exposição financeira dispostos nesta norma.

Art. 9º 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. 10 As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar ao menos 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. 11 É vedado o estabelecimento de coparticipação em internações, ressalvada a hipótese prevista nesta norma (\*\*\*art. Internação psiquiátrica, deliberado pela dicol).

Art. 12 As operadoras poderão se valer do Mecanismo da Coparticipação para privilegiar os procedimentos de natureza preventiva, assim como prestadores pautados na qualidade assistencial.

Art. 13 É vedada a incidência de mecanismo financeiro de regulação: (\*\*\*)Transformar em anexo)

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 – 2 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 11ª semana, outra por volta da 18ª semana (Ultrassonografia Morfológica) e uma terceira entre a 34ª e 37ª semanas de gestação; (acertar os nomes de cada ultrassonografia- ver com a dipro); e
- k) 10 consultas de obstetrícia.

### **Seção III**

#### **Regras de Pagamento e Cobrança**

Art. 14 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. 15 Quando o contrato contemplar como mecanismo financeiro de regulação a coparticipação ou as modalidades de franquia previstas no art. 7º, II e III desta norma, é obrigatória a previsão do limite de exposição financeira (valor total a ser desembolsado pelo beneficiário a ser pago na contraprestação pecuniária) em contrato.

§2º Para os contratos com coparticipação, o limite de que trata o caput não poderá ultrapassar 50% da mensalidade devida, por mês, nem 40% do valor resultante da soma das 12 mensalidades devidas no período de 1 ano, tendo como referência os valores da 5ª faixa etária prevista para o contrato do beneficiário.

§2º Para os contratos com franquia, inciso II, o limite de que trata o caput não poderá ultrapassar 60% da mensalidade devida, tendo como referência os valores da 5ª faixa etária prevista para o contrato do beneficiário.

§2º Para os contratos com franquia, inciso III, o limite de que trata o caput não poderá ultrapassar 60% da mensalidade devida, tendo como referência os valores da 5ª faixa etária prevista para o contrato do beneficiário.

Art. 16 Uma vez que as autogestões estão submetidas a leis que regem o desconto em folha, estas devem seguir as regras próprias para as autogestões.

Art. 17 A coparticipação deve ser paga diretamente a operadora de planos de saúde.

#### **Seção IV** **Regras de Transparência de Informações**

Art. 18 Para a modalidade de coparticipação prevista no art. 3º, I desta norma, 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. 19 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. 20. É permitido o estabelecimento de coparticipação em internações psiquiátricas;

Art. 21. É vedada a cobrança de coparticipação ou franquia nos primeiros 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato

Art. 22. 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. 23. O descumprimento do disposto nesta RN ensejará a aplicação das sanções previstas na RN 124/06.

Art. 24 No máximo após 2 (dois) anos de vigência dessa norma a ANS deverá elaborar um relatório em que avaliará os efeitos da mesma no mercado de saúde suplementar.

Art. 25 Para os planos odontológicos, mantem-se as regras hoje previstas na CONSU 8. (\*\*trazer artigos para cá antes de revogar).

Art. 26. Esta norma entra em vigor 180 dias após 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 adeque 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.