



AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 433, DE 27 DE JUNHO 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; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea "a" do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - 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 revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 22, da RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos II, VII, XXVIII e XXXII do art. 4º, e o inciso II do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o inciso VIII do art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e 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 25 de junho de 2018, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN, 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; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea "a" do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - 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 revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 22, da RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

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 eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.

Parágrafo único. As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mecanismos Financeiros de Regulação, além daqueles elencados no Anexo desta norma.

Art. 4º Para conceder a isenção a que se refere o art. 3º, 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 poderá ser condicionada à indicação, pela operadora de plano privado de assistência à saúde, do prestador de serviços de saúde que realizará o procedimento, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.

§ 2º Para indicação do prestador de serviços de saúde, conforme previsto no caput e no § 1º, 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 de planos privados de assistência à saúde tenha indicado um prestador de serviço de saúde ao beneficiário, este poderá realizar o procedimento específico, com isenção de franquia ou coparticipação, em qualquer prestador de sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, sem prejuízo das penalidades cabíveis à operadora.

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 devido 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, mesmo 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 no caput para os períodos subsequentes.

§ 3º Para fins de observância do limite de exposição financeira anual, considerar-se-ão os procedimentos e/ou eventos em saúde efetivamente realizados dentro do respectivo período anual, sobre os quais incidiram Mecanismos Financeiros de Regulação.

§ 4º A cobrança dos valores devidos em razão da incidência dos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentro do período limite de exposição financeira anual, poderá ser realizada supervisionadamente, desde que observe o limite de exposição financeira mensal.

§ 5º Ultrapassado o limite de exposição financeira 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 no caput não se aplicam:

I - aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na RN nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento;

II - aos planos com formação de preço pós-estabelecido; e

III - às internações psiquiátricas, na forma do art. 7º, § 3º desta RN.

§ 7º Caso haja ingresso de beneficiário durante a vigência do contrato, o limite previsto no inciso I será aferido proporcionalmente, multiplicando-se o número de contraprestações pecuniárias restantes ao final da vigência do contrato, salvo previsão específica em contrato coletivo em sentido contrário.

Seção III

Regras de Uso e Vedações

Art. 6º Quando aplicados, 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, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão, bem como os isentos de incidência e cobrança, observados, no mínimo, aqueles listados no anexo desta Resolução;

II - a forma de aplicação, valores ou percentuais incidentes, incluindo eventuais distinções e escalonamentos em razão da aplicação diferenciada dos mecanismos financeiros de regulação por procedimento ou grupo de procedimentos, observado o disposto no art. 7º;

III - os limites de exposição financeira;

IV - os critérios de reajuste dos valores devidos a título de Mecanismos Financeiros de Regulação, se houver; e

V - os valores monetários fixos referentes aos atendimentos realizados em pronto-socorro e em regime de internação, conforme previsão do art. 8º deste normativo.

Art. 7º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por doenças e/ou patologia, ressalvada hipótese de internação psiquiátrica, desde que previsto no contrato firmado entre as partes.

§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde definirem valores e/ou percentuais, conforme o caso, distintos e escalonados por grupos de procedimentos, considerando o custo e a complexidade destes.

§ 2º Nos casos de internações psiquiátricas, havendo previsão contratual, até o 30º dia de internação, consecutivos ou não, no período de 12 (doze) meses, aplicam-se as regras estabelecidas no art. 8º desta norma.

§ 3º Após o 31º dia de internação, consecutivos ou não, no período de 12 (doze) meses, e havendo previsão contratual, poder-se-á cobrar coparticipação em percentual sobre o valor, de forma crescente ou não, observado o limite previsto no § 2º do art. 9º desta norma.

Art. 8º Os Mecanismos Financeiros de Regulação somente incidirão em valor monetário fixo e único, contemplando todos os procedimentos e eventos em saúde 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 ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior à metade do limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do art. 5º; e

II - no caso de atendimento realizado em regime de internação, o valor fixo e único aplicado não poderá ser superior ao valor dos procedimentos e eventos realizados, bem como ser superior ao limite de exposição financeira mensal, prevista no inciso II do art. 5º.

§ 1º Nos casos do inciso I deste artigo, poderão ser cobrados valores distintos a depender da complexidade do atendimento realizado, bem como do realizado por médico generalista daquele realizado 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 Financeiros de Regulação incidente sobre esta última.

§ 3º Considera-se procedimento realizado em regime de internação todo aquele que resulta em uma internação do beneficiário, inclusive os atendimentos realizados em regime de hospital-dia, desde que para realização de procedimento previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANS como de cobertura obrigatória para a segmentação hospitalar.

§ 4º É vedado o estabelecimento de Mecanismos Financeiros de Regulação diferenciados por prestadores de serviços nas hipóteses de atendimentos em pronto-socorro.

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 e o valor fixo definido no inciso III, ambos do caput, deverão constar de forma destacada no contrato, regulamento ou instrumento congêneres, bem como disponibilizados, na forma prevista em normativo específico, no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS.

§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput, 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 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 divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS.

§ 4º O reajuste dos valores contidos na tabela de referência mencionada no inciso II do caput, bem como do valor fixo definido no inciso III, deverá ter por base o reajuste concedido pela operadora de planos privados de assistência à saúde à sua rede credenciada, referenciada ou cooperada, devendo seus critérios de aferição e aplicação estarem previstos no contrato com o beneficiário.

§ 5º O reajuste previsto no parágrafo anterior deverá respeitar a periodicidade mínima de 12 (doze) meses e não poderá ser aplicado quando inexistir previsão contratual em relação aos seus critérios de aferição e aplicação.

§ 6º A tabela de referência prevista no inciso II deverá refletir os valores de remuneração praticados entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e sua rede credenciada, referenciada ou cooperada.

§ 7º O limite previsto no § 2º não se aplica aos planos de segmentação odontológica, respeitadas as disposições previstas na RN nº 59, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento.