

Anexo P n.º 03/2017

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

Dispõe sobre XXXXXXXXXXXXXXXX.

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, XII 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. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, 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 mecanismos de regulação financeiros.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º Para fins desta norma entende-se Mecanismos de Regulação Financeira os fatores moderadores de uso destinados a mitigar a incidência do risco moral do beneficiário no mercado de Saúde Suplementar.

Parágrafo único – Entende-se Risco Moral a tendência de sobreutilização do Plano de Saúde meramente em função da disponibilidade do serviço.

Art. 3º São espécies de Mecanismos de Regulação Financeira:

I - coparticipação é uma fração do valor do evento, fixo ou variável, pago pelo consumidor referente a realização de um procedimento, sendo vedado que esta corresponda ao financiamento integral do procedimento, podendo apresentar as seguintes formas: (visando um compartilhamento de risco?);

- a. Percentual do custo real quando a coparticipação incidir sobre o valor pago pela operadora ao prestador de serviços
- b. Percentual da tabela quando o valor de coparticipação se reportar a uma tabela com valores, independente do valor a ser pago pela operadora, ao prestador; e
- c. Valor monetário fixo para cada procedimento específico;

Dúvidas: pago para quem? Só operadora?

Comentários – 1. Entendemos que o pagamento da coparticipação poderá ser efetuado diretamente à operadora ou ao prestador de serviços, devendo o contrato/regulamento do plano estabelecer o critério que será utilizado, tendo em vista a variedade de situações existentes; 2. O contrato/regulamento deve dispor sobre a forma de atualização do valor da coparticipação, recomendando que, a princípio, seja efetuada por ocasião do reajuste anual da contratação, observadas as condições previstas contratualmente; nos contratos de preço pós-estabelecido, a atualização deverá estar disposta no contrato/regulamento; 3. Recomendamos que seja estabelecido um inciso sobre a coparticipação nas internações hospitalares, fixando que esta poderá ser a) através de valor fixo, aplicável uma única vez ou por diária; b) em percentual sobre o valor total da internação, devendo o contrato/regulamento estabelecer um teto; c) em percentual diferenciado para as internações psiquiátricas, seja para períodos ininterruptos ou para atendimento em hospital-dia; d) o contrato/regulamento deverá prever a forma de cálculo nos casos de internação em hospital-dia.

Defendemos, portanto, em face do princípio da autonomia da vontade e das especificidades existentes, principalmente nos contratos coletivos empresariais ou coletivos por adesão, que as partes tenham liberdade para estabelecer os mecanismos de regulação financeira.

II – 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 custeio, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada, podendo apresentar as seguintes formas:

- a. 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 X;
- b. Franquia por evento correspondendo a modalidade em que a operadora não se responsabilizará pelo custeio dos procedimentos até o valor de R\$ X;
- c. Franquia Limitada nas hipóteses em que o beneficiário somente se responsabiliza pelo pagamento de franquia em procedimentos/eventos (limitadas pelo custo ou tipo de procedimento/evento).

Comentários – Entendemos que: 1. A norma não deve fixar um valor limite, devendo tal situação ser tratada pelas partes, no contrato/regulamento; 2. Ela também deve contemplar que a franquia será reajustada anualmente, em conformidade com os índices aplicáveis à contratação ou a forma prevista pelas partes.

Art. 4º As operadoras de planos de saúde que optarem por utilizar um dos Mecanismos de Regulação Financeira previstos nesta norma serão obrigadas a disponibilizar as seguintes informações:

I – Disponibilização de um Simulador Pré-Contratação – Simulador em que o interessado poderá ter noção prévia a contratação sobre o valor a ser custeado pelo próprio na hipótese de utilização do plano, podendo apresentar uma variação de x% em relação ao custo real;

II – Simulação Pré-Utilização – Simulador em que o beneficiário verifica, antes da utilização do Plano, o valor aproximado em que será responsável pelo pagamento, podendo apresentar uma variabilidade de X% (menor que a pré contratação)

III – Informação pós utilização refletindo o valor real (ou uma tabela) *

IV- informação no contrato

- Necessidade de fixação de um período no qual essa tabela não poderá sofrer alteração nos seus valores

Comentários – Entendemos que: 1. Deve a ANS, através de Anexo ou IN, estabelecer os critérios que deverão ser considerados na formação de preço que será adotada pelo Simulador; 2. O Simulador não deve ser aplicado para os casos da utilização de mecanismos de regulação em valores fixos; 3. A norma deve deixar expresso que o percentual de variação possível em relação ao custo real, não incide na ocorrência de fatores adversos, intercorrências e na utilização de órteses e próteses, nem mesmo nos atendimentos odontológicos, nas situações de livre escolha ou que não se amoldem ao padrão de despesas normalmente previstos para determinada utilização; 4. Não deve haver qualquer referência ao período em que a tabela não poderá sofrer variação de valores, tendo em vista a dinâmica das contratações, devendo ser verificado os valores cobrados pelos prestadores de serviços no momento da utilização; 5. Deve ser estabelecido um período mínimo de dois anos para a implantação do mencionado simulador, não devendo aludida obrigatoriedade ter aplicação imediata.

Art. 5º A simulação Pré-Contratação não precisa contemplar todos os procedimentos ofertados.

Art. 6º Todo Mecanismo de Regulação Financeira adotado deve estar descrito no contrato quanto a sua ocorrência e regras para incidência.

Art. 7º Antes da utilização do plano, através da Simulação Pré-Utilização, o beneficiário deve poder visualizar o valor que terá que desembolsar ao realizar determinado procedimento, sendo aceitável uma diferença de X% para mais ou para menos.

Parágrafo Único - Na Simulação Pré Utilização deverá ser possível diferenciar o custo do Mecanismo aplicado conforme o prestador buscado.

Comentários – Entendemos que se faz mister deixar evidenciado que o percentual de diferença não será levado em consideração nas situações de eventos adversos, intercorrências, órteses e próteses, atendimentos odontológicos ou àqueles decorrentes de livre escolha do consumidor, bem como nas situações que não se amoldem ao padrão de despesas normalmente previstos para determinada utilização.

Art 8º Quando da apresentação da fatura ao beneficiário, este deve visualizar o valor real pago pela operadora ao prestador.

Comentários – Considerando que, principalmente nos contratos coletivos empresariais eventual participação dos empregados no custeio do plano é descontada em folha salarial ou por outro meio estabelecido pela empresa, inexistente a situação de apresentação da fatura. Ademais, entendemos que é totalmente dispensável mencionado artigo, pois o art. 8º. da Resolução Normativa – RN n. 389, de 26 de novembro de 2015, já deixa expresso que tal informação deve constar do Componente de Utilização dos Serviços do PIN-SS. Eventualmente poderia a norma estabelecer que a operadora deveria entregar eventual extrato para o beneficiário, mediante solicitação expressa, no prazo de 30 (trinta) dias, com o demonstrativo das coberturas realizadas e os respectivos valores de mecanismo de regulação.

Art. 9º O custo efetivo dos procedimentos realizados deverá ser informado em área específica do site, que integrará o PIN-SS, componente de utilização dos Serviços.

Comentários – Entendemos que tal artigo é desnecessário em face de norma própria constante da RN n. 389.

Art. 10 O beneficiário deve assinar comprovando a ciência da incidência do Mecanismo de Regulação Financeira, bem como da tabela ou simulação apresentada no momento da venda.

Comentários – Entendemos que a ciência do mecanismo de regulação não precisa ser efetuada através da assinatura do beneficiário, devendo ser possível a utilização de meios eletrônicos, tais como e-mail, assinatura eletrônica, gravação de contato telefônico, etc.. Ademais, poderá também ter situações onde a aceitação será efetuada pela pessoa jurídica contratante, nos casos de contratos coletivos empresariais ou por adesão. Deveria a norma, apenas, mencionar que caberá a operadora a demonstração da ciência do beneficiário ou da pessoa jurídica contratante através dos meios de provas legalmente aceitos.

Seção I Coparticipação

Art. 11 Dependendo da modalidade escolhida, a coparticipação poderá incidir no procedimento ou na contraprestação pecuniária do beneficiário.

Art. 12 É vedada a operadora a aplicação de coparticipação que implique no custeio integral do procedimento, estando limitado a X% do valor real do procedimento;

§1º - É permitido às operadoras a adoção de Coparticipação de 100% de forma alternativa a imputação de CPT ou Agravo.

§2º Na hipótese da aplicação do mecanismo de regulação com valores crescentes a operadora deverá respeitar o limite previsto no caput

Comentários – Entendemos que deve o contrato/regulamento estabelecer o limite da coparticipação, não devendo a norma fixá-lo, a fim de garantir a autonomia da vontade. Com referência ao parágrafo 1º., entendemos que ele também poderá ser aplicado às coberturas não previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecido pela ANS ou que não se aplicarem a segmentação contratada.

Art. 13 As operadoras poderão se valer do Mecanismo da Coparticipação para fins de indução ao consumo consciente do plano de saúde, privilegiando os procedimentos de natureza preventiva, assim como prestadores pautados na qualidade assistencial.

3) Onde não aplica

- 3 consultas/ ano generalista (clínico, GO, pediatra, geriatra, med.familia)
- Exames preventivos dentro protocolos
- Tratamentos crônicos (TRS, Radio, quimio,?)
- Pre natal (?)

Comentários: Como há contratos em que o empregador é totalmente responsável pelo custeio do plano, cabendo ao beneficiário somente coparticipar quando da utilização, as isenções de coparticipação deveriam ser definidas pelas partes, sem estabelecimento prévio em normativo, em respeito ao princípio da autonomia da vontade.

Art. 8º O valor mensal despendido a título de coparticipação não poderá ultrapassar X% do valor da contraprestação pecuniária do beneficiário, devendo o restante incidir nas contraprestações subsequentes.

Parágrafo Único – É vedada a incidência de juros e correção monetária nos valores aqui dispostos.

Comentários: Entendemos que não deve existir a citada limitação do pagamento da coparticipação, pois desta forma a operadora estará financiando o citado mecanismo de regulação para o beneficiário, sendo que tal obrigação não se coaduna com o mencionado instituto jurídico. Nada impede que as partes venham a transigir sobre o mencionado assunto, porém não deve a norma impor tal condição.

Ademais, a contraprestação pecuniária não tem, necessariamente, relação com a capacidade econômica do beneficiário, uma vez que o empregador pode ser responsável pelo seu pagamento, além de outros fatores, como escolha do beneficiário em ter uma coparticipação mais elevada frente a um pagamento de contraprestação pecuniária mais reduzido. Assim, sugere-se a exclusão dessa cláusula.

Porém, em caso de manutenção da citada limitação, deve-se ao menos informar sobre a não aplicação nos contratos definidos na modalidade de preço pós-estabelecido, bem como nos casos em que o empregador participa no valor da contraprestação pecuniária.

Rever a numeração do artigo, bem como dos seguintes.

Seção II franquia

Art. 11 Quando da adoção do Mecanismo da Franquia Acumulada ou Limitada, excepcionalmente será aceito o pagamento integral do procedimento pelo beneficiário.

Art. 12. É vedada a incidência de franquias XXXXXXXXXXXXXXX

Se internar após emergência, so franquias da internação (não a copay da emergência)

Comentários – Entendemos que as situações de não aplicação de franquias deveriam ser estabelecidas livremente pelas partes no contrato/regulamento, não devendo a norma estabelecer as citadas situações de não incidência.

Capítulo disposições finais em transitórias

- 1) Vale daqui pra frente. Para trás aditivo ou mantém

Comentários – Entendemos que deve a norma valer daqui para frente, estabelecendo uma *vacatio legis* de dois anos para a efetiva implantação do simulador.

2) Como fazer para modelos não “fee for service”

3) Revogar todos

4) Informar qt seria o plano sem copay para o contratamento?

Comentários – Seria possível a mencionada informação para aquelas operadoras que possuem planos diferenciados: com e sem copay. Aludida informação deveria constar no Portal Corporativo.

5) Pendencia: saúde metal

Comentários – O contrato/regulamento é que deve dispor sobre o critério de mecanismo financeiro de regulação.

6) U/E

Comentários – idem ao anterior

7) Pode cobrar copay no absenteísmo sem desmarcar (se tiver q pagar o prestador)

Comentários: A cobrança de coparticipação no absenteísmo é uma forma de induzir o uso adequado da rede, principalmente pela dificuldade em cumprir prazos máximos de garantia de atendimento em determinados prestadores e regiões. Dessa forma, o pagamento pelo beneficiário não teria o propósito de remunerar o prestador (motivo pelo qual o pagamento é feito à operadora), mas de propiciar uma melhora no gerenciamento da rede por conta dos prazos máximos.

8) Padrão de qualidade para o direcionamento

Comentários – Entendemos que a norma não deve entrar nesta particularidade, tratando-se de matéria que não se coaduna com a sua finalidade.

9) Simulador para hospitalar não precisa ser detalhado por taxas

Comentários: O simulador hospitalar tem óbices vinculadas a mudança de CID conforme complicações da internação, eventos adversos e negociação de OPME, fato este que deve ser ponderado pela ANS frente a manutenção da regra pretendida. Reiteramos que deve ser fixado um prazo de dois anos para a implantação dos simuladores, bem como que a ANS, através de anexo ou IN, descreva os itens que compõem a formação do preço de cada tipo de cobertura.