A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou nesta quinta-feira (28/06), no Diário Oficial da União, a **Resolução Normativa nº 433**, que atualiza as regras para a aplicação da coparticipação e franquia em planos de saúde. A norma protege o consumidor ao estabelecer um percentual máximo a ser cobrado pela operadora para realização de procedimentos; ao determinar limites (mensal e anual) para exposição financeira do consumidor (o máximo que o consumidor pode pagar, no total, por coparticipação e franquia); e ao isentar a incidência de coparticipação e franquia em mais de 250 procedimentos, como exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, tratamentos de câncer e hemodiálise. Com a medida, a reguladora supre lacunas existentes na legislação, garantindo maior previsibilidade, clareza e segurança jurídica aos consumidores.

Outra novidade trazida pela norma é a possibilidade de operadoras de planos de saúde oferecerem descontos, bônus ou outras vantagens aos consumidores que mantiverem bons hábitos de saúde. A expectativa é que a medida incentive a adesão de beneficiários a iniciativas como programas de promoção da saúde e prevenção de doenças mantidos pelas operadoras.

Segundo o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, a norma tem, entre suas premissas, “a transparência nas relações, a prestação de informações claras ao beneficiário, previsibilidade e segurança jurídica, liberdade na formatação dos produtos dentro de parâmetros claros e objetivos definidos, garantindo uma variabilidade dos produtos, conferindo mais opções de escolha ao beneficiário”. O diretor destaca que o tema é de grande relevância, visto que, em 10 anos, a participação desses planos subiu de 22% para 52% do mercado. “Hoje, mais de 50% dos quase 48 milhões de beneficiários de planos de saúde estão vinculados a planos com coparticipação ou franquia”, explicou.

A coparticipação é o valor pago pelo consumidor à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde.

A franquia é o valor estabelecido no contrato do plano de saúde até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura.

Um dos principais pontos da nova normativa é o estabelecimento de limites (mensal e anual) de exposição financeira do beneficiário: ou seja, o valor máximo a ser pago pela coparticipação não pode ultrapassar o valor correspondente à própria mensalidade do consumidor (limite mensal) e/ou a 12 mensalidades no ano (limite anual).

Limite de exposição financeira é o valor máximo a ser pago por um beneficiário em razão da incidência de coparticipação ou franquia.

As novas regras também preveem isenção de cobrança de coparticipação e franquia em mais de 250 procedimentos e eventos em saúde, tais como: consultas com médico generalista, exames preventivos e de pré-natal e tratamentos crônicos. Atualmente, os mecanismos incidem em qualquer procedimento. Com o estabelecimento de isenções, a ANS busca incentivar o adequado cuidado à saúde. Veja abaixo os procedimentos que não poderão ter cobrança de coparticipação e franquia:

PROCEDIMENTOS EM QUE NÃO PODE HAVER COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

CONSULTAS

4 consultas por ano (em consultório ou em domicílio) realizadas com médico generalista (pediatria, clínica geral, médico de família, geriatria, ginecologia)

EXAMES PREVENTIVOS

- Mamografia em mulheres de 40 a 69 anos: **1 exame a cada 2 anos**
- Citologia oncótica cérvico-uterina em mulheres de 21 a 65 anos: **1 exame por ano**
- Sangue oculto nas fezes em adultos de 50 a 75 anos: **1 exame ao ano**
- Colonoscopia em adultos de 50 a 75 anos
- Glicemia de jejum: **1 exame ao ano para pacientes acima 50 anos**
- Hemoglobina glicada: **2 exames ao ano para pacientes diabéticos**
- Lipidograma em homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos: **1 exame ao ano**
- Teste HIV e sífilis: **1 exame ao ano**

TRATAMENTOS CRÔNICOS

Sem limite de número para hemodiálise, radioterapia e quimioterapia intravenosa e oral, hemoterapia crônica e imunobiológicos para doenças definidas nas Diretrizes de Utilização (DUTs)

EXAMES DE PRÉ-NATAL

- Sorologia para sífilis, hepatites e HIV
- Ferro sérico
- Citologia cérvico-uterina
- Cultura de urina
- Tipagem sanguínea (ABO) e RH
- Pelo menos **3 exames de ultrassonografia**
- EAS
- Glicemia de jejum
- Teste de COMBS direto
- **10 consultas** de obstetrícia
- Toxoplasmose

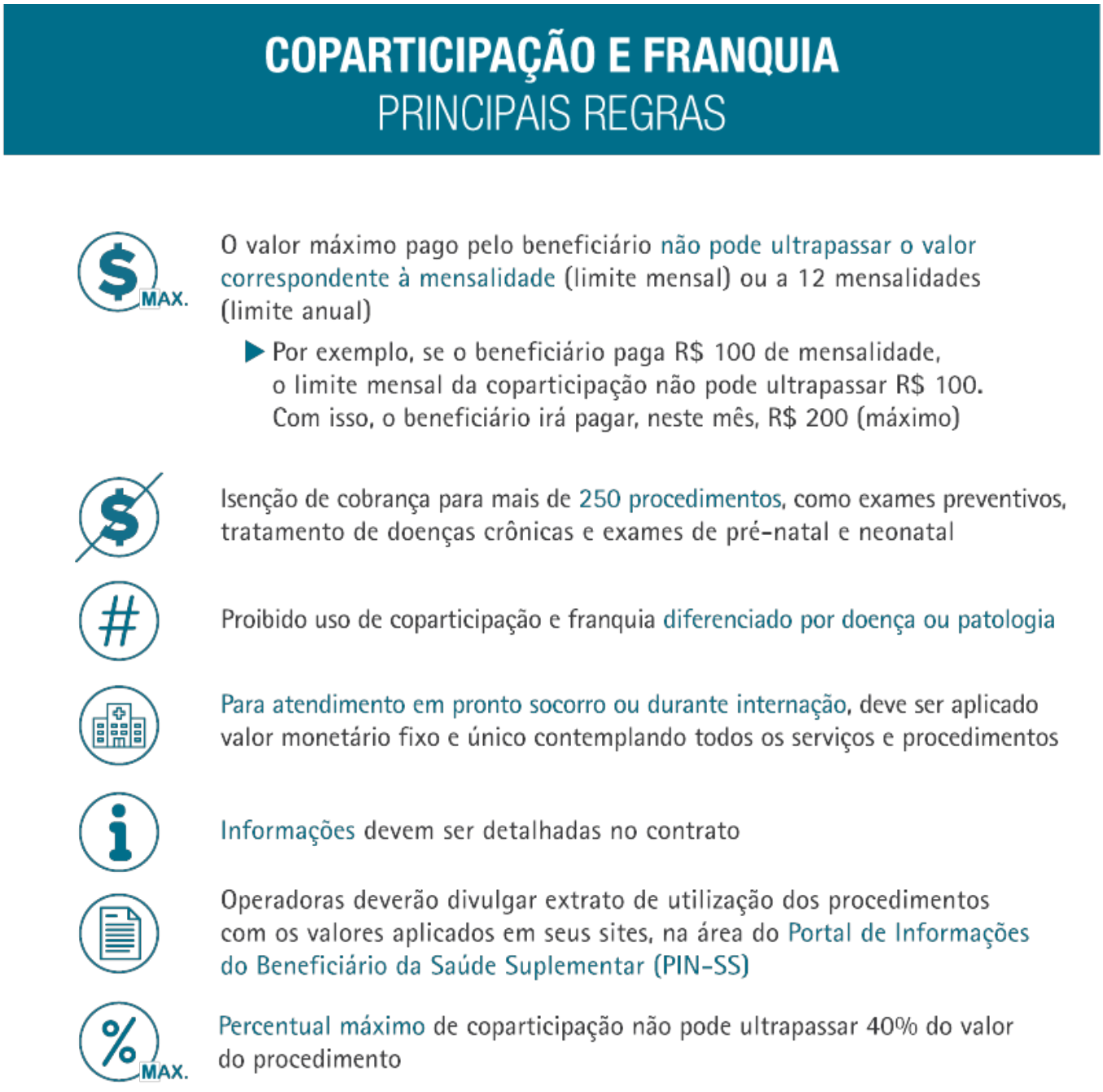
EXAMES DE TRIAGEM NEONATAL

- Teste do pezinho
- Teste da orelhinha
- Teste do olhinho
- Teste do coraçãozinho

Caso seja ultrapassado o limite de exposição financeira anual, os custos de utilização do plano de saúde passarão a ser integralmente arcados pela operadora, sendo proibida a cobrança de valores excedentes no ano seguinte.

No caso de atendimentos em pronto-socorro, somente poderá ser cobrado valor fixo e único – não importando a quantidade e o tipo de procedimento realizado. O valor deverá ser previamente conhecido pelo beneficiário e não poderá ser superior a 50% do valor da mensalidade, nem maior que o valor pago pela operadora ao prestador.

Outro aspecto importante é a determinação de um percentual máximo de coparticipação a ser cobrado do beneficiário, que não poderá ultrapassar 40% do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora ao prestador ou do valor da tabela de referência de procedimentos sobre os quais incidirá a coparticipação.



A regulamentação dos mecanismos financeiros de regulação foi discutida pela ANS em diversas

oportunidades. Em meados de 2016, os debates ganharam mais vigor, tendo sido constituído um Grupo Técnico específico sobre o assunto para ampla discussão com a sociedade. Na sequência, o tema passou por audiência pública, consulta pública, e, por último, foi realizada pesquisa aberta à participação de toda a sociedade. A consulta pública recebeu cerca de 1.140 contribuições da sociedade e a pesquisa contou com 645 contribuições.

As novas regras entrarão em vigor em 180 dias.

Fonte: ANS**, em 28.06.2018.**