

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 oncológica 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.

COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

PRINCIPAIS REGRAS



O valor máximo pago pelo beneficiário não pode ultrapassar o valor correspondente à mensalidade (limite mensal) ou a 12 mensalidades (limite anual)

► Por exemplo, se o beneficiário paga R\$ 100 de mensalidade, o limite mensal da coparticipação não pode ultrapassar R\$ 100. Com isso, o beneficiário irá pagar, neste mês, R\$ 200 (máximo)



Isenção de cobrança para mais de 250 procedimentos, como exames preventivos, tratamento de doenças crônicas e exames de pré-natal e neonatal



Proibido uso de coparticipação e franquia diferenciado por doença ou patologia



Para atendimento em pronto socorro ou durante internação, deve ser aplicado valor monetário fixo e único contemplando todos os serviços e procedimentos



Informações devem ser detalhadas no contrato



Operadoras deverão divulgar extrato de utilização dos procedimentos com os valores aplicados em seus sites, na área do Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)



Percentual máximo de coparticipação não pode ultrapassar 40% do valor do procedimento

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.