

Regulamentação da ANS amplia leque de produtos ofertados pelos planos de saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu, nesta quinta-feira (28), os limites e parâmetros para o funcionamento e a comercialização de planos de saúde com franquia e coparticipação, que poderão ser ofertados a partir de 2019. A regulamentação de novos produtos amplia o leque de opções no mercado e propicia segurança jurídica às operadoras e aos consumidores.

“Essas medidas objetivam reduzir o valor das mensalidades dos planos de saúde e tornam o consumidor mais participativo na tomada de decisões relacionadas à saúde, uma vez que, os beneficiários que optarem por um plano com franquia anual poderão arcar com os valores de consultas, exames, terapias e internações, até um limite preestabelecido, a partir desse limite, os gastos serão cobertos pela operadora, integralmente. E nos planos em regime de coparticipação, o beneficiário paga uma parcela dos gastos”, afirma Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).

A coparticipação é o valor pago pelo consumidor à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde. E a franquia é o valor estabelecido no contrato do plano de saúde até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura. A normativa da ANS é o estabelece 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). 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. O percentual máximo de coparticipação a ser cobrado do beneficiário 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 da ANS prevê algumas exclusões, tais como:

- Consultas (4 consultas por ano com médico generalista)
- Exames preventivos (mamografia, colonoscopia, teste HIV, etc)
- Tratamentos crônicos (hemodiálise, radioterapia e quimioterapia)
- Exames de pré-natal (sorologia, EAS, glicemia de jejum, etc)
- Exames de Triagem Neonatal (teste do pezinho, do olhinho, etc)

Vale lembrar que o consumidor pode ou não optar pelo plano com essas características. “Trata-se de mais uma opção de plano de saúde ao cidadão e acabe a ele a tomada de decisão a partir da avaliação se esses tipos de contratação são adequados à sua realidade”, explica a presidente da FenaSaúde, que complementa: “As regras de planos com franquia ou coparticipação não alteram as regras dos contratos vigentes”.

Fonte: [CNSeg](#), em 29.06.2018.