

# **REGULAÇÃO DE PLANOS COLETIVOS**

**8º FÓRUM JURÍDICO UNIDAS**

**Abril/2009**

**FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS  
DIRETOR PRESIDENTE DA ANS**

# OBJETIVOS DA NOVA REGULAMENTAÇÃO

- Tornar mais transparentes as relações contratuais
- Coibir a seleção de risco
- Coibir a falsa coletivização

# PRINCIPAIS MUDANÇAS

## Conceitos

### **REDEFINE OS CONCEITOS:**

Torna mais clara a distinção entre os planos empresariais e por adesão. Busca garantir maior legitimidade das pessoas jurídicas que podem contratar planos de saúde, e em nome daquele coletivo negociar as bases contratuais.

**Plano coletivo empresarial:** é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

# PRINCIPAIS MUDANÇAS

## Conceitos

**Plano coletivo por adesão:** Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

Conselhos profissionais e entidades de classe; os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; caixas de assistência e fundações de direito privado e outras entidades de caráter profissional, classista ou setorial, mediante avaliação da DIOPE.

# PRINCIPAIS MUDANÇAS

## Carências e CPT

### **Planos Empresariais**

**Reduz de 50 para 30 o número mínimo de beneficiários para isenção de carências e CPT**

### **Planos Coletivos por Adesão**

**Nos planos por adesão, estão isentos de carência os beneficiários que aderirem até 30 dias da contratação.**

**Poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doença e lesão preexistente, nos termos da resolução específica em vigor**

# PRINCIPAIS MUDANÇAS

## Reajuste

- Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente da revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato
- Periodicidade anual – fim do “gatilho de sinistralidade”
- Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato.
- Não poderá haver discriminação quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

# PROIBIÇÃO DE SELEÇÃO DE RISCOS

**Reforça o dispositivo da lei que proíbe a seleção de riscos:**

Para vínculo aos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial não serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante

# PRINCIPAIS MUDANÇAS

## Pagamento

O pagamento das contra-prestações pecuniárias será de responsabilidade exclusiva do pessoa jurídica contratante, ressalvados o artigo 30 e 31 da lei 9656/98

# PRINCIPAIS MUDANÇAS

## Orientação aos beneficiários

Institui novos instrumentos de orientação aos beneficiários, tornando mais claras as distinções entre as regras de contratação de planos coletivos e individuais, reduzindo a assimetria de informação.

Definidos por instrução normativa DIPRO deverão conter prazos de carência, vigência contratual, critérios de reajuste, segmentação assistencial e abrangência geográfica.

# Regras de transição

No prazo de 12 meses os contratos de planos privados de assistência à saúde que permaneçam incompatíveis com a nova resolução não poderão receber beneficiários.

A partir da resolução as operadoras terão 12 meses para adequar o registro de produtos. Após este período os registros serão suspensos ou cancelados conforme a existência ou não de beneficiários.

# AUTOGESTÕES

Serão ressaltadas as especificidades das autogestões, conforme o disposto pela RN 137, alterada pela 148.

- Exemplos:
- Quem participa no plano empresarial
- A extensão do grupo familiar
- Alterações da participação financeira em função de alterações da renda

# Administradora

# ADMINISTRADORA

Cria a figura da Administradora de benefícios, trazendo para a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, as instituições que prestam serviços e participam dos contratos entre a operadora de plano de saúde e a pessoa jurídica contratante.

# ADMINISTRADORA

A Resolução Normativa traz a possibilidade da reunião de pessoas jurídicas para contratar plano de saúde coletivo, diretamente com a operadora ou com a participação da Administradora de Benefícios.

# ADMINISTRADORA

Considera-se **Administradora de Benefícios** a pessoa jurídica que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:

I – promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes

II – oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;

III – apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como:

a) negociação de reajuste;

b) aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e

c) alteração de rede assistencial.

# ADMINISTRADORA

## **São vedações expressas:**

- Impedir ou restringir a participação de consumidor no plano privado de assistência à saúde, mediante seleção de risco; e
- Impor barreiras assistenciais, obstaculizando o acesso do beneficiário às coberturas previstas em lei ou em contrato.
- Atuação como representante, mandatária ou prestadora de serviço da terceirizada em qualquer atividade para operadoras de planos de assistência à saúde nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos de assistência à saúde.
- Ter rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante.



[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)