

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Em 2008, a Lei nº 9.656/98, que inaugurou a regulação do setor suplementar de saúde completa 10 anos. A regulamentação proibiu a seleção de risco; definiu e limitou as carências; possibilitou reajustes controlados; o fim dos limites de internação; apontou para um modelo de atenção com ênfase nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, possibilitando a implementação de sistemas de informações como insumo estratégico e contratos mais transparentes. A sociedade apontava para a necessidade de qualificação da atenção à saúde prestada pelo setor.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, em sua atuação e no diálogo com os atores do setor identificou a necessidade de adequação dos normativos que regulam a atuação do mercado em relação aos planos coletivos, de forma a tornar mais transparentes as relações contratuais, coibir a seleção de risco e a falsa coletivização, entre outros avanços.

A ANS propõe duas normas para ordenar a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e a atuação dos agentes que prestam serviços para pessoas jurídicas contratantes e participam da contratação de planos de saúde coletivos por adesão e serão denominados como Administradoras de Benefícios.

A proposta altera o conceito de plano coletivo empresarial e plano coletivo por adesão, delimitando-os para evitar sobreposição dessas duas formas de contratar.

A *Resolução Normativa* define quem são as pessoas jurídicas que podem contratar planos coletivos por adesão. Nesse aspecto, impôs-se, para garantir a representatividade das instituições nas negociações em nome do coletivo, o reconhecimento do vínculo em razão da profissão como o mais claramente estabelecido.

Estabelece novas regras de carência, DLP, CPT e agravo, buscando equilibrar as relações entre operadoras e beneficiários, reduzindo para 30 o número mínimo de beneficiários para isenção de carências nos planos por adesão, e cobertura parcial temporária para os planos empresariais. Define prazo de 30 dias para entrada sem carências nos planos por adesão, evitando o comportamento oportunista, sem penalizar os pequenos grupos e estimulando o ingresso do maior número de beneficiários de um coletivo logo da contratação do plano.

Obriga maior transparência das condições de rescisão e suspensão.

Determina periodicidade anual, linearidade e isonomia para a aplicação do reajuste, o que implica uma precificação mais adequada e maior previsibilidade para o beneficiário.

O pagamento passa a ser de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, sendo que a cobrança ao beneficiário dependerá de sua delegação expressa.

A norma institui, ainda, novos instrumentos de orientação ao beneficiário, tornando mais claras as diferenças das regras na contratação de plano individual e coletivo e reduzindo a assimetria de informação.

Quanto à administradora de benefícios, a proposta traz para a regulação um agente que já atua no mercado de planos coletivos, ordenando as atividades que lhe são privativas, facultadas e vedações expressas que garantam o cumprimento da legislação e a clara delimitação de sua intervenção como um contratado da pessoa jurídica contratante e, portanto, de seus associados, sem desenvolver qualquer atuação típica da operação de planos.

A presente consulta pretende submeter as propostas do órgão regulador à avaliação de todos os atores do setor de forma a receber contribuições que possam aprimorá-la no que couber.