



Especialistas comentam mudanças rigorosas feitas nos planos de saúde

Duas novas resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que entraram em vigor no último dia 3 de novembro, têm causado polêmica e dúvidas para as empresas contratantes. O principal motivo são as exigências mais rigorosas tanto para operadoras quanto para clientes de planos de saúde. As Resoluções Normativas [195](#) e [196](#) modificaram regras para a contratação dos planos e seguros na modalidade individual e familiar e também na contratação coletiva, empresarial ou por adesão.

Com as novas normas, as empresas ficam proibidas, por exemplo, de rever preços de contratos podendo apenas fazer alterações uma vez por ano além de ser proibida a imposição da carência em planos coletivos e empresariais com 30 ou mais beneficiários.

A RN 195 dispõe sobre a classificação e as características dos planos de saúde, regulamentando a sua contratação e trazendo orientações para os consumidores na hora de escolher seu plano de saúde. Já a RN 196 define e disciplina a atuação das Administradoras de Benefícios, reafirmando, por exemplo, a proibição da prática de seleção de risco, bem como a imposição de barreiras assistenciais, que venham a impedir o acesso do beneficiário às coberturas previstas em contrato.

De acordo com o advogado **Cristiano Lacerda**, sócio-diretor da consultora *Torres Associados*, essas medidas foram propostas para dar mais segurança na contratação de planos de saúde coletivos e empresariais que atingem quase 53 milhões de consumidores, correspondente a 72% do número total de assegurados por planos de saúde.

Lacerda ressalta que as empresas, contratantes de plano de saúde, não precisam se preocupar com as mudanças trazidas pela nova legislação, pois nenhuma das mudanças estabelecidas gera grande impacto na relação com as operadoras.

“As alterações práticas para as empresas não serão muito sentidas num primeiro momento, pois, de imediato, entrará em vigor apenas as regras referentes à elegibilidade dos beneficiários (necessidade de prova de vínculo empregatício, societário ou estatutário com as empresas e respectiva prova de parentesco aos seus familiares), passando a vigorar as demais alterações apenas quando da renovação do contrato ou em 12 meses, o que ocorrer primeiro. Após tal prazo, os contratos deverão ser adaptados à nova normativa, em todos os seus termos”.

Ele também destaca que as empresas que possuem beneficiários em suas apólices que não sejam elegíveis (em geral prestadores de serviços terceirizados por meio de pessoa jurídica) não terão essas pessoas excluídas até a renovação do contrato, como já esclarecido pela ANS. Contudo, quando o contrato tiver que ser adaptado, pessoas não elegíveis não poderão mais figurar como beneficiários.

Uma alteração importante para o especialista (a vigorar a partir do aniversário da apólice ou em 12 meses) é a redução de 50 para 30 pessoas o número mínimo de beneficiários do contrato empresarial, para que seja afastada a possibilidade de imposição de carência aos novos beneficiários, desde que a inclusão dos novos beneficiários seja feita dentro do prazo de 30 dias contados da data em que a pessoa se tornar elegível (em regra a admissão na empresa ou casamento ou nascimento de filho). Caso esse



prazo não seja observado, as operadoras poderão impor carência para concessão da cobertura, que pode perdurar até 2 anos para certos procedimentos.

Índice de sinistralidade

Quanto ao impacto financeiro criado pelas novas regras, Lacerda acredita que as regras mais rígidas impostas pela norma quanto à periodicidade anual de reajuste e à proibição de distinção de reajustes entre grupos de segurados conduzirá a uma menor margem de negociação entre as empresas e as operadoras de planos de saúde, que tendem a não mais conceder descontos e a encarecer seus preços no caso de novos contratos por entenderem ter sido aumentado o seu risco.

Cristiano Lacerda ainda alerta que, para evitar problemas na hora da renovação, os gestores têm de ficar atentos ao índice de sinistralidade de sua carteira, pois é a maneira mais eficiente de se reduzir as despesas com seguros e planos de saúde.

“As empresas não devem se preocupar com as mudanças introduzidas pela RN 195 da ANS, mas devem estar cientes de que o mercado caminha para a diminuição dos planos individuais e concentração de cobertura através de contratos coletivos empresariais ou contratos coletivos por adesão.

Já o advogado **Sérgio Niemeyer** não vê com bons olhos as mudanças. Segundo ele, a resolução 195 retira da portabilidade os efeitos práticos desejáveis. “Isso dá mais força para as operadoras, que estão retirando do mercado praticamente todos os planos individuais e familiares. A portabilidade, assim, existe somente no papel e dele não sai para a prática, a não ser excepcionalmente”.

Acrescenta que, além disso, “a RN 196 introduz a figura da Administradora de Benefícios, cuja função é a distribuição do risco de inadimplimento de usuários dos planos coletivos. De um lado a RN 196 proíbe que essa interposta pessoa aja como mandatária ou representante da operadora, mas, de outro, admite-lhe a representação que só pode ser entendida como dos contratantes, aqueles que contratam planos coletivos para funcionários ou associados. O problema é que a introdução desse terceiro certamente tornará mais onerosa a relação, porque agirá como verdadeiro intermediário, aumentando o custo de transação que será repassado e recairá na ponta final que é o usuário dos benefícios, ou seja, os indivíduos.

E finaliza: “essa regulamentação é uma brincadeira de mal gosto da ANS. Estão enganando o povo e criando condições para privilegiar as opulentas operadoras, que detêm um poder econômico extraordinário”, disse Niemeyer.

Leia as resoluções: [RN 195](#) e [RN 196](#)

Date Created

15/11/2009