

Luís Arruda

anab

ASSOCIAÇÃO
NACIONAL DAS
ADMINISTRADORAS
DE BENEFÍCIOS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
PROTOCOLO GERAL

Protocolo nº 33902 222609 / 120 15-18

Data registro: 18/05/15

Assinatura: _____

São Paulo, 18 de maio de 2015.

DOC/ANAB 004/2015

À

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO
Ilmo. Dr. José Carlos Abrahão
Av. Augusto Severo, 84 – Glória
Rio de Janeiro/RJ – CEP 20021-040

Assunto: Câmara Técnica para Regulação do Pedido de
Cancelamento/Exclusão de Beneficiários de Planos de Saúde

Prezado senhor,

A ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS – ANAB, sediada na Rua Vergueiro, nº 1421, Torre Sul, sala 1504, Vila Mariana, São Paulo/SP, CEP 04101-000, inscrita no CNPJ sob o nº 12.612.029/0001-03, vem, respeitosamente, apresentar suas sugestões acerca dos encaminhamentos discutidos por essa Câmara Técnica na 02ª reunião, realizada em 30 de março de 2015, conforme segue:

I - DO CONTEXTO HISTÓRICO

A Lei nº 9.656/98 é o marco regulatório do setor de saúde suplementar. Até 1998 não havia lei específica para regular o setor de contratos privados de assistência à saúde, excetuando-se os seguros-saúde, antes regidos pelo Decreto-Lei nº 73/66 e sob regulação da Superintendência de

Rua Vergueiro, 1421
Ed. Top Towers | Torre Sul | Sala 1504
Vila Mariana | São Paulo – SP
CEP: 04101-000

Tel.: (11) 3253-2700 | (11) 3262-2233

www.anab.com.br

PROTOCOLO GERAL - ANS

18 MAI 2015 09:52 847175 1/1

Luís Arruda

Seguros Privados - SUSEP. A Lei nº 9.656/98 veio, portanto, preencher lacuna legislativa, disciplinando um setor que havia crescido sem qualquer intervenção estatal, sob o signo da autonomia privada plena, em consonância com a prerrogativa da livre iniciativa privada à saúde disposta na Constituição Federal de 1988.

Nascida nesse contexto, a Lei definiu em seu art. 1º, quais as pessoas jurídicas que se submetem às disposições do marco legal e o conceito de plano privado de assistência à saúde, *in verbis*:

“Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;"

(...)

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1o deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração;"

Ademais, a própria Lei nº 9.656/98 também definiu o tipo de contratação do plano privado de assistência à saúde que pode ser, segundo o seu art. 16, VII: (a) individual e/ou familiar, (b) coletivo empresarial, ou (c) coletivo por adesão, conforme abaixo:

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

VII - o regime, ou tipo de contratação:

a) individual ou familiar;

b) coletivo empresarial; ou

c) coletivo por adesão;

Cerca de 11 (onze) anos após a edição da Lei nº 9656/98, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, por meio de sua atuação institucional e no constante diálogo com

Rua Vergueiro, 142
Ed. Top Towers | Torre Sul | Sala 1504
Vila Mariana | São Paulo - SP
CEP: 04101-000

Tel.: (11) 3253-2700 | (11) 3262-2233

www.ans.gov.br

o mercado, constatou a necessidade de adequação dos normativos que regulavam a atuação das operadoras de planos de saúde em relação aos planos coletivos, com vistas a tornar mais transparente as relações contratuais.

Com este prisma, a ANS publicou em 2009 as Resoluções Normativas nº 195 e 196. A primeira determinando a classificação, as características, a forma de contratação e a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde. A segunda, regulamentando as empresas classificadas na modalidade de Administradoras de Benefícios, ou seja, aquelas que exercem a administração de plano, conforme previsão da Lei nº 9656/98 retro mencionada.

II – DAS FORMAS DE CONTRATAÇÃO

Mediante a Resolução nº 195, de 14 de julho de 2009, a Agência cuidou, especificamente, de traçar os contornos dos 03 (três) tipos de contratação de planos privados de assistência à saúde, de forma mais ampla e adequada do que constava na norma revogada (Resolução CONSU nº 14). Vale transcrever, conforme quadro abaixo, as definições da norma e os requisitos/documentos para contratação do beneficiário:

TIPO DE CONTRATAÇÃO	RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 195/2009	DOCUMENTOS DE ELEGIBILIDADE	VÍNCULO CONTRATUAL
Individual ou Familiar	"é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar" (art. 3º)	Documentos: CPF	Pessoa Física x Operadora de Saúde
Coletivo Empresarial	"é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária" (art. 5º)	Documentos: CPF e comprovante de vínculo empregatício ou estatutário com a pessoa jurídica	Pessoa Jurídica (EMPREGADOR) X Operadora de Saúde ou Pessoa Jurídica (EMPREGADOR) X Administradora de Benefícios (Estipulante ou Prestadora de Serviços) x Operadora de 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" (art. 9º)	Documentos: CPF e comprovante de vínculo associativo de caráter profissional, classista ou setorial com uma pessoa jurídica	Pessoa Jurídica X Operadora de Saúde ou Pessoa Jurídica X Administradora de Benefícios (Estipulante ou Prestadora de Serviços) X Operadora de Saúde
---------------------	---	---	---

Assim, toda a sistemática da assistência à saúde suplementar se desenvolve em torno desses três tipos de contratos ou planos, invariavelmente, sendo certo que o primeiro (individual ou familiar) é de livre contratação a qualquer consumidor; o segundo (coletivo empresarial) reservado aos empregados, sócios ou administradores (estatutários) de determinada pessoa jurídica; e o terceiro (coletivo por adesão) cuja contratação se dá por pessoas de caráter profissional, classista ou setorial.

Conforme dados da ANS, a maioria dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde do Brasil estão vinculados aos planos coletivos, seja na modalidade empresarial, seja por adesão.

Nesse diapasão, vale visitar a forma de contratação dos planos coletivos, nos termos disciplinados na Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS:

“Da Forma de Contratação

Art. 23 As pessoas jurídicas de que trata esta resolução poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, podendo tal contratação realizar-se:

I – diretamente com a operadora;

II – com a participação de administradora de benefícios, nos termos do artigo 4º da RN nº 196, de 14 de julho de 2009 que regulamenta as atividades dessas pessoas jurídicas; ou

III – com a participação da Administradora de Benefícios na condição de estipulante do contrato firmado com a operadora de plano de assistência à saúde, desde que a Administradora assumo o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

Parágrafo único. Fica vedada a inclusão de beneficiários sem a participação da pessoa jurídica legitimada.”

Os consumidores que não podem contratar um plano na modalidade individual (que possuem por vezes preços elevados para a média da população brasileira) e que não possuem acesso ao mercado dos planos coletivos empresariais, tais como, profissionais liberais, autônomos e servidores públicos, ficariam sem boas opções de contratação de plano de saúde, não fosse à alternativa de fazê-lo através do vínculo com uma entidade, sindicato ou associação de classe. Essas instituições, por sua vez, podem não ter estrutura para gerir e administrar uma carteira de plano de saúde, e até

é natural que não a tenha, já que não é esse o seu objetivo e sua finalidade. Percebe-se aqui a importância do papel das Administradoras de Benefícios e novamente cabe ressaltar a importância desta figura no pedido de cancelamento do beneficiário.

III - DAS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS

Segundo a Resolução nº 196/2009 da ANS, a Administradora de Benefícios é **“a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos”** (art. 2º1).

Na Exposição de motivos da referida Resolução se encontra o seguinte extraído: **“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 lhes são privativas, facultadas as 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.”**

Em outras palavras, a Administradora de Benefícios não pode ser vinculada à Operadora de Saúde; não pode desenvolver a mesma atividade da Operadora de Saúde, como ficou expresso no trecho acima reproduzido; não pode ser parceiro ou

¹ Eis o rol taxativo das atribuições da Administradora de Benefícios, em consonância com o artigo mencionado, o qual revela que deve ser desenvolvida por ela “ao menos uma das seguintes atividades: I – promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do artigo 23 da RN nº 195, de 14 de julho de 2009. II – contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar; III – oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes; IV – 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. Parágrafo único. Além das atividades constantes do **caput**, a Administradora de Benefícios poderá desenvolver outras atividades, tais como: I - apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano; II - terceirização de serviços administrativos; III - movimentação cadastral; IV - conferência de faturas; V - cobrança ao beneficiário por delegação; e VI - consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão” (cf. art. 2º, Res. 196/09).

mandatário da Operadora (art. 3º); e, muito menos, confundir-se patrimonialmente com ela (arts. 8º e 9º).

Ao contrário, a RN 196/09 atribui a Administradora de Benefícios o poder-dever de agir perante as Operadoras de Saúde como representantes dos beneficiários vinculados ao seu contrato, com poder de atuação nas discussões técnicas, na negociação de reajustes, entre outros.

Pois bem, adentrando no aspecto da movimentação cadastral, as Administradoras de Benefícios são responsáveis, seja no papel de Estipulante do Contrato, seja na de Prestadora de Serviços por realizar todo o trâmite de inclusão/exclusão alteração cadastral perante às Operadoras de Saúde.

IV – DA CÂMARA TÉCNICA DE REGULAMENTAÇÃO DO PEDIDO DE CANCELAMENTO/EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS DE SAÚDE

Após detalhada análise da apresentação feita por essa Agência na 2ª reunião da Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde, realizada em 30/03/2014, alguns pontos se revelaram preocupantes.

Importante trazer a tona como se dá a inclusão do beneficiário nos planos coletivos, empresariais ou por adesão, com a participação da Administradora de Benefícios.

Neste tipo de contratação, coletivo e com a participação da Administradora de Benefícios, ainda que haja o beneficiário como parte – usuário final da obrigação contratual prevista, ou seja, a

assistência à saúde propriamente dita, o negócio jurídico se dá entre pessoas jurídicas, estes responsáveis pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais estabelecidas, especialmente a movimentação cadastral e o pagamento das faturas mensais.

Rua Vergueiro, 1421
Ed. Top Towers | Torre Sul | Sala 1504
Vila Mariana | São Paulo – SP
CEP: 04101-000

Tel.: (11) 3253-2700 | (11) 3262-2233

Nesse diapasão, entende-se que o pedido de cancelamento, deve ser processado pelo Estipulante (que seja a empresa empregadora, a entidade representativa ou a Administradora de Benefícios quando assume esta condição) ou propriamente pela Administradora de Benefícios contratada como prestadora de serviços. Ou seja, o beneficiário, pertencente a esta modalidade de plano, deve sempre direcionar a sua solicitação à Estipulante do contrato ou a Administradora de Benefícios contratada, conforme o caso.

Portanto, sobre o fluxo apresentado na 2ª Reunião da Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde, sempre quando houver a participação da Administradora de Benefícios nos contratos coletivos, vale dizer o que se segue:

- O início do fluxo de entrada do beneficiário nos casos em que há a presença de Administradora de Benefício, se dá a partir da assinatura de proposta de adesão, nos casos de planos coletivo por adesão ou pelo envio da empresa da relação das pessoas que possuem vínculo empregatício, estatutário ou societário, nos casos de planos coletivos empresariais.
- Em seguida, após certificada a elegibilidade do beneficiário, as informações são enviadas à Operadora para o cadastro do novo beneficiário em sua base de dados, dentro do prazo estipulado em contrato firmado entre as pessoas jurídicas contratantes (movimentação cadastral).

Já em relação à exclusão de beneficiários, vale lembrar que:

- Nos planos de saúde coletivos, o pedido de cancelamento deve ser sempre encaminhado à Administradora de Benefícios, quando esta estiver envolvida²¹ na relação (seja como estipulante ou prestadora de serviços) e for a responsável pela movimentação cadastral e pela cobrança do beneficiário.

Desta forma, é imprescindível que a Administradora de Benefícios disponha de um prazo razoável para receber, analisar e processar a solicitação de cancelamento do plano de saúde do beneficiário, que deve ser enviada para a Operadora de Saúde com o consequente cancelamento da cobrança, tudo para garantir que os direitos do consumidor sejam respeitados.

O beneficiário poderá solicitar o cancelamento em todos os canais de comunicação da Administradora de Benefícios, tais como, presencial, portal da internet, SAC e e-mails. Porém, independentemente do meio e forma da solicitação, os prazos e o endereçamento da solicitação precisam ser direcionados observando-se os prazos e rotinas abaixo explicitadas, já que o processo de movimentação cadastral é o mesmo e independe da forma de solicitação.

Entretanto, seja qual for o meio escolhido pelo consumidor, é importante que o pedido de cancelamento seja feito à Administradora de Benefícios em até 20 (vinte) dias corridos do início da cobertura mensal, para que ele tenha assegurado os seus direitos quanto à cobertura assistencial até o último dia do mês de cobertura do mês já pago, considerando tratar-se de um regime de pré-pagamento.²

Após o recebimento da solicitação de cancelamento do plano do beneficiário, a Administradora de Benefícios precisa de um prazo máximo de 10 dias úteis para certificar-se da identidade do solicitante, confirmar seus dados e informar as consequências do cancelamento/exclusão do plano (perdas das carências e perda do direito à portabilidade).

Após, o beneficiário deverá confirmar sua solicitação de cancelamento, sendo neste ato, informado pela Administradora de Benefícios a data do fim do contrato e da

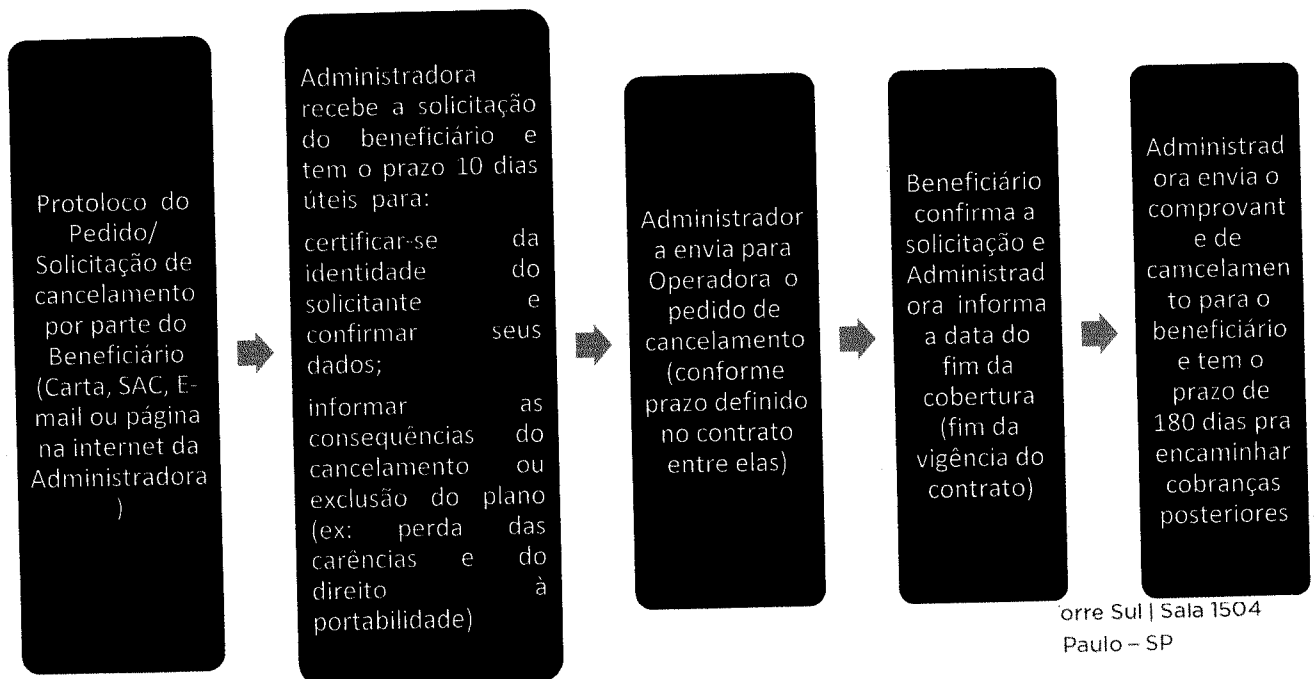
² Entende-se por mês já pago pela Administradora de Benefícios à Operadora de Saúde e já pago pelo beneficiário à Administradora de Benefícios.

cobertura assistencial, quando receberá o comprovante da sua solicitação e confirmação, através do meio de comunicação que foi utilizado.

Após a confirmação pelo beneficiário, a Administradora de Benefícios enviará para a Operadora de Saúde o pedido de exclusão do beneficiário, e esta garantirá a cobertura assistencial até a data fim do mês de competência quitado. Findada a cobertura assistencial, no caso de internação, a Operadora deverá garantir a remoção para o SUS, em analogia com os termos já preconizados pela Resolução CONSU nº 13.

A Administradora de Benefícios só fará a cobrança de despesas apresentada pela Operadora de Saúde, relacionada a eventos ocorridos e não avisados, até 180 (cento e oitenta) dias após o cancelamento do contrato.

Desta forma e conforme as considerações acima, segue abaixo nova sugestão de fluxo para o Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde com a participação das Administradoras de Benefícios:



Corre Sul | Sala 1504
 Paulo – SP

É importante ressaltar que qualquer que seja a metodologia ou fluxo que venha a ser estabelecido pela ANS em relação à movimentação cadastral de beneficiários nos planos de assistência à saúde coletivo, com reflexos no valor da cobrança exigido ao beneficiário, obrigue também às Operadoras de Planos de Saúde a se adequar à nova regra, acatando o prazo de cancelamento informado pela Administradora de Benefícios e adequando seu faturamento a este prazo.

Por fim, mas não menos importante, a ANAB entende que o princípio da equivalência deve ser respeitado por esta Câmara Técnica, posto que desde abril/2014 está em andamento a Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde, sendo que em todas as reuniões do referido grupo, as discussões sempre revelaram a importância da qualificação da entrada, com a apresentação de

documentos, informações e estabelecimentos de prazos para a melhor averiguação das informações prestadas pelos consumidores no momento da contratação do plano de saúde, não podendo outra Câmara, no caso a de Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde caminhar na contramão da primeira e tratar as diversas questões que envolvem o pedido de cancelamento/exclusão sem a concessão de prazos, obrigatoriedade de apresentação de documentos e, principalmente respeitando as relações jurídicas estabelecidas no ato da contratação.

Por todo o exposto, a ANAB solicita que suas considerações sejam analisadas e deferidas por essa renomada Agência Reguladora e coloca-se à disposição para dirimir eventuais dúvidas.

Atenciosamente,



Luciana Silveira
Diretora Executiva

Rua Vergueiro, 1421
Ed. Top Towers | Torre Sul | Sala 1504
Vila Mariana | São Paulo - SP
CEP: 04101-000
Tel.: (11) 3253-2700 | (11) 3262-2233