



Por dentro da Saúde Suplementar

GUIA PRÁTICO PARA CORRETORES

Índice

- 3 Apresentação
- 4 Setor de Saúde Suplementar no Brasil
- 6 Operadoras de planos de saúde
- 9 Planos de saúde – contrato e produto
9. *Tipos de Produto*
11. *Tipos de Cobertura Assistencial*
15. *Cobertura Geográfica e Rede Prestadora*
17. *Preço*
18. *Vigência, Cancelamento e Suspensão*
- 22 Reajuste das mensalidades
- 24 Portabilidade
- 26 Regulação do setor de Saúde Suplementar no Brasil
- 28 Planos novos e antigos
- 31 Beneficiários
- 32 Sobre a FenaSaúde



Apresentação

Caro Corretor,

Com o objetivo de facilitar o acesso dos corretores de seguros às informações sobre o setor de Saúde Suplementar, a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) organizou esta publicação, que fazemos chegar até você.

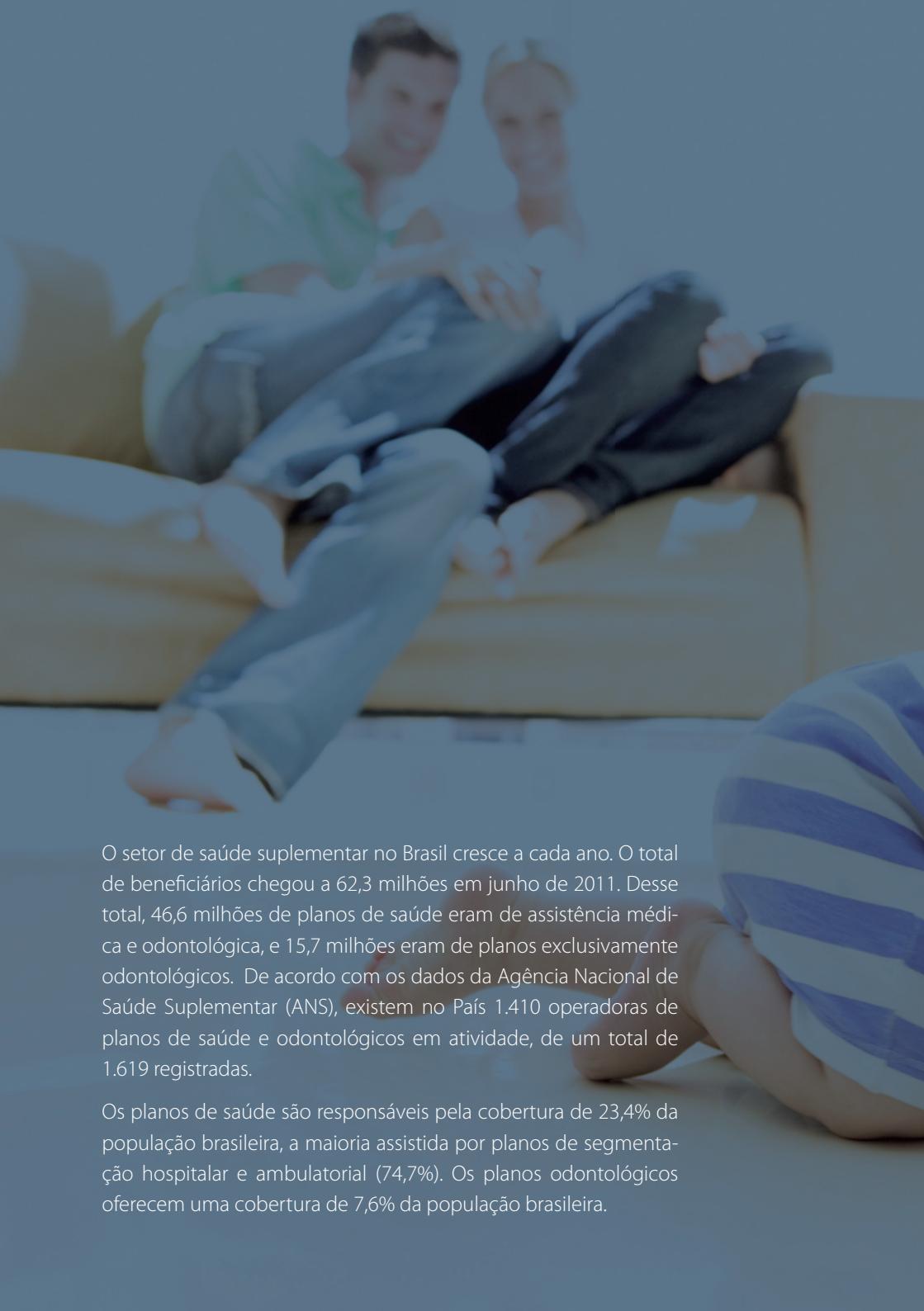
Trata-se de um guia didático para esclarecer dúvidas e facilitar ainda mais sua relação com o consumidor. A iniciativa faz parte de um conjunto de ações implementadas pela FenaSaúde, voltadas ao combate à desinformação sobre saúde suplementar.

Acreditamos no corretor como agente fundamental para o mercado e como um dos principais interlocutores entre o setor e os beneficiários de plano de saúde.

Boa leitura!

Marcio Coriolano – Presidente

José Cechin – Diretor-executivo



O setor de saúde suplementar no Brasil cresce a cada ano. O total de beneficiários chegou a 62,3 milhões em junho de 2011. Desse total, 46,6 milhões de planos de saúde eram de assistência médica e odontológica, e 15,7 milhões eram de planos exclusivamente odontológicos. De acordo com os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), existem no País 1.410 operadoras de planos de saúde e odontológicos em atividade, de um total de 1.619 registradas.

Os planos de saúde são responsáveis pela cobertura de 23,4% da população brasileira, a maioria assistida por planos de segmentação hospitalar e ambulatorial (74,7%). Os planos odontológicos oferecem uma cobertura de 7,6% da população brasileira.

O setor de Saúde Suplementar no Brasil



Operadoras de planos de saúde

O que é uma operadora de plano de saúde?

Operadora de plano de saúde é a pessoa jurídica que opera plano privado de assistência à saúde. Operar planos de saúde significa colocar à disposição para venda e administrar esses planos.

Quais os tipos de operadoras que oferecem planos e seguros de saúde?

O setor de saúde suplementar é formado por empresas de medicina de grupo, seguradoras especializadas em saúde, cooperativas médicas, filantrópias, autogestões, cooperativas odontológicas, odontologias de grupo e administradoras de benefícios.

O que é plano de saúde?

É um contrato individual ou coletivo que garante a prestação de serviços médicos e odontológicos para assistência à saúde por tempo indeterminado e sem teto máximo, conforme contratado pelo beneficiário ou empresa. Os planos de saúde no Brasil são regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O que é seguro-saúde?

É o plano de saúde comercializado por uma seguradora especializada em saúde. Esse plano se diferencia dos demais por oferecer a possibilidade do reembolso das despesas que o beneficiário tiver na rede de sua livre escolha. O seguro-saúde também pode oferecer uma rede de prestadores de serviços ao beneficiário.



Quais os tipos de planos de saúde existentes no Brasil?

As opções de planos de saúde no País são de acordo com os tipos de coberturas oferecidas. As coberturas são segmentadas em ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia e odontológica. As coberturas mínimas para cada uma dessas segmentações é definida pela ANS no “rol de procedimentos e eventos em saúde”.



Planos de saúde – contrato e produto

TIPOS DE PRODUTO

O que é plano individual ou familiar?

O plano considerado individual é aquele contratado diretamente por uma pessoa física junto a uma operadora. Os membros da família podem participar do plano como dependentes (conforme definido no contrato). Neste caso será um plano familiar.

O que é plano coletivo?

Os planos coletivos são contratados por pessoas jurídicas para funcionários, estatutários e profissionais pertencentes a conselhos, sindicatos e entidades de classe, etc. O plano coletivo pode ser empresarial ou por adesão.

O que é plano coletivo por adesão?

Os planos coletivos por adesão são aqueles contratados por pessoas jurídicas, constituídos ou formatados para uma população que mantenha vínculo associativo com uma pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial. A adesão ao plano é espontânea e opcional.

Podem ser incluídos como dependentes, desde que previsto contratualmente, o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro.

Planos de saúde – contrato e produto

O que é plano coletivo empresarial?

Os planos coletivos empresariais são aqueles contratados por pessoas jurídicas, constituídos ou formatados para uma população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária. Caso haja previsão contratual podem ser ainda incluídos os sócios e administradores da pessoa jurídica, os seus demitidos sem justa causa e aposentados que foram vinculados à pessoa jurídica e participavam do pagamento da mensalidade, os agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes. Podem ser incluídos como dependentes, desde que previsto contratualmente, o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro.

Quais os tipos de produtos oferecidos para microempresas?

As operadoras têm lançado produtos voltados para consumidores diferenciados, considerando as necessidades e o perfil de utilização de cada público. Nos últimos anos, com a estabilidade econômica, a procura por esses produtos vem crescendo.

O que é estipulante?

É a pessoa jurídica que contrata o plano coletivo empresarial ou por adesão, ficando investida dos poderes de representação do grupo de beneficiários e responsável pelo pagamento das mensalidades.

O que é beneficiário/segurado?

É a pessoa física que tem direito às coberturas previstas no contrato do plano de saúde. Pode ser o titular ou o dependente. No caso do plano individual, o beneficiário titular é o contratante e responsável pelo pagamento das mensalidades. No plano coletivo, ele é o responsável pelo vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano de saúde.



TIPOS DE COBERTURA ASSISTENCIAL

O que é plano referência?

Esse plano garante a cobertura médica, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com acomodação em enfermaria. É chamado de referência porque é o padrão mínimo de cobertura que qualquer operadora deve oferecer aos seus beneficiários. As operadoras podem registrar na ANS diversos produtos com segmentação assistencial variada (ambulatorial ou hospitalar, com ou sem obstetrícia, com ou sem odontologia), entretanto, elas são obrigadas a ter pelo menos um produto denominado plano referência (com todas as características descritas acima) para oferecer ao consumidor.

O que é plano ambulatorial?

O plano ambulatorial garante a cobertura de consultas, exames complementares, procedimentos e cirurgias realizadas em consultório/ambulatório. Não cobre as internações clínicas ou cirúrgicas, e nem o parto. As coberturas mínimas deste plano são estabelecidas pela ANS no “rol de procedimentos e eventos em saúde”.

O que é plano hospitalar?

É o plano que cobre as despesas com as internações clínicas e cirúrgicas, bem como os exames e procedimentos realizados no decorrer da internação, desde que estejam contemplados no rol de procedimentos ou no contrato. Não dá direito a consultas, exames e procedimentos realizados em ambulatório. Alguns procedimentos considerados especiais pela ANS, embora realizados fora do ambiente hospitalar, são de cobertura obrigatória (por exemplo: hemodiálises, diálises, radiologia intervencionista, quimioterapia oncológica, etc.). As coberturas mínimas deste plano são estabelecidas pela ANS no “rol de procedimentos e eventos em saúde”.

Planos de saúde – contrato e produto

O que é plano hospitalar com obstetrícia?

É o plano que, além da cobertura prevista para o segmento hospitalar, garante os atendimentos relacionados ao pré-natal, à assistência ao parto e à assistência ao recém-nascido nos primeiros 30 dias após o parto.

O que é plano odontológico?

É o plano que inclui a cobertura de consultas odontológicas, exames complementares e procedimentos e cirurgias odontológicas realizados no consultório ou ambulatório. As coberturas mínimas deste plano são estabelecidas pela ANS.

Esses tipos de planos de saúde podem ser oferecidos de forma combinada?

As segmentações assistenciais podem ser oferecidas isoladas ou combinadas e resultam em onze opções de cobertura:

- Ambulatorial;
- Hospitalar com obstetrícia;
- Hospitalar sem obstetrícia;
- Odontológico;
- Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial;
- Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial;
- Ambulatorial + Odontológico;
- Hospitalar com obstetrícia + Odontológico;
- Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico;
- Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico;
- Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico.



Há diferença entre as coberturas de cada tipo de plano?

O rol mínimo de cobertura dos planos de saúde é determinado pela ANS, de acordo com a segmentação assistencial (ambulatorial ou hospitalar, com ou sem obstetrícia, odontológica). Além disso, as operadoras poderão acrescentar coberturas adicionais que também servirão para diferenciar os produtos. Essa lista é válida para os planos contratados a partir de 02 de janeiro de 1999, os chamados *planos novos*. É válida também para os planos contratados antes dessa data, mas somente para aqueles que foram adaptados à Lei dos Planos de Saúde.

O que é carência?

A carência é o período compreendido entre o início de vigência do contrato e o início da cobertura contratada. Durante esse período, o beneficiário só tem direito a atendimento nos casos de acidente pessoal, após 24 horas da vigência do contrato. Nos casos de urgência e emergência, caso o beneficiário esteja no período de carência, está garantido o atendimento nas primeiras 12 horas de pronto-socorro. As carências máximas permitidas são: 24 horas para acidente pessoal, 180 dias para os demais casos e 300 dias para parto à termo. A maioria das operadoras, a seu critério, estabelece prazos inferiores de carência (por exemplo, consulta em 30 dias).

O que são Doenças e Lesões Preexistentes (DLP)?

São as doenças ou lesões que o beneficiário ou seu responsável legal saiba ser portador no momento da contratação do plano. O beneficiário pode ser portador de uma doença que tenha sido adquirida antes da contratação, entretanto, ela somente será considerada preexistente se o beneficiário ou seu responsável já sabia da sua existência na data da contratação. Por lei, sabendo da existência de qualquer lesão ou doença preexistente, o beneficiário é obrigado a informar no momento em que preenche a Declaração de Saúde, junto com a proposta de contratação do plano de saúde.

Planos de saúde – contrato e produto

O que é Cobertura Parcial Temporária (CPT)?

É a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia (unidades de tratamento intensivo), e procedimentos de alta complexidade (hemodiálise, cateterismo, etc.), se vinculados à doença preexistente por um prazo máximo de até 24 meses de vigência do plano.

Os planos de saúde podem se recusar a aceitar portador de doença ou lesão preexistente?

Nenhuma operadora de plano de saúde pode, por qualquer motivo, recusar o ingresso de um consumidor no plano de saúde (art. 3º, IV da Constituição Federal, art. 39, IX do Código de Defesa do Consumidor e art. 14 da Lei 9.656/98 - este último dispositivo legal aplica-se exclusivamente aos planos de saúde firmados a partir de 1999). Quando declarada a preexistência de lesão ou doença, a operadora poderá oferecer duas alternativas ao beneficiário: a Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou o agravo. No caso da CPT, podem ser suspensos por um período de até 24 meses os eventos cirúrgicos, as internações em leito de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, desde que sejam destinados ao tratamento da doença preexistente. No agravo, a operadora cobrará um acréscimo ao valor da mensalidade.

O plano de saúde pode recusar algum tipo de assistência médica?

Sim, desde que não esteja previsto no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS ou no contrato do plano de saúde. Existem casos em que a operadora solicita esclarecimentos antes de autorizar um procedimento ou evento garantido no rol ou no contrato. Isto pode ser necessário quando existem dúvidas a respeito da solicitação ou indicação, ou ainda, o mesmo procedimento foi realizado recentemente, ou há necessidade de justificar a utilização de determinadas técnicas, materiais ou próteses, etc.

COBERTURA GEOGRÁFICA E REDE PRESTADORA

Quais são as abrangências geográficas dos planos?

Os planos de saúde podem ter cobertura Nacional, por grupos de Estados, Estadual, grupo de Municípios e Municipal.

Quais são os tipos de acomodação?

A acomodação define o padrão do leito de internação nos planos hospitalares, podendo ser em quarto ou enfermaria.

O que é a rede prestadora?

É o conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, que prestam os serviços de assistência à saúde. A rede pode ser própria, contratada ou de livre escolha. A rede contratada pode ser credenciada ou referenciada.

O que é rede referenciada?

É a rede de prestadores de serviços médico-hospitalares contratada e referenciada pelas seguradoras. Quando o atendimento é feito nessa rede referenciada, o pagamento pela prestação do serviço é feito diretamente pela operadora ao prestador de serviço. No caso das seguradoras especializadas em saúde, a rede é apontada como ‘referência’ para o beneficiário, mas ele tem liberdade de procurar outros profissionais e ter suas despesas reembolsadas dentro dos limites estabelecidos no contrato.

Planos de saúde – contrato e produto

O que é rede credenciada?

É a rede obrigatória de atendimento e a escolha do beneficiário se restringe a ela. A única exceção é nos casos de urgência e emergência em que o beneficiário não conseguir acesso à rede credenciada. Nesse caso ele poderá ser atendido fora da rede credenciada e depois solicitar reembolso no limite da tabela da operadora.

O que é uma rede de livre escolha?

É aquela que não tem nenhum vínculo (contrato) com a operadora do plano de saúde. O beneficiário somente poderá optar por ela quando o contrato previr a sua utilização ou nos casos previstos na legislação. O seguro-saúde, obrigatoriamente, deverá oferecê-la como alternativa para a prestação de serviços. Existem também as situações de urgência e emergência previstas na Lei e os casos em que a operadora não dispuser de rede contratada que ofereça o atendimento coberto no contrato. Nestes casos é sempre muito importante esclarecer ao beneficiário que o reembolso, excetuando os casos excepcionais previstos na Legislação dos Planos de Saúde, será feito nas condições, limites e prazos estabelecidos no contrato, sempre observando as normas da ANS.

O que é reembolso?

É a restituição ao beneficiário ou seu responsável legal, dos valores gastos com despesas assistenciais, quando este utilizar a rede de livre escolha. O beneficiário somente poderá dispor do reembolso quando o contrato previr a sua utilização ou nos casos previstos na legislação. O seguro-saúde, obrigatoriamente, deverá oferecê-lo como alternativa para a prestação de serviços. Existem também as situações de urgência e emergência previstas na Lei e os casos em que a operadora não dispuser de rede contratada que ofereça o atendimento coberto no contrato.



O que é coparticipação e franquia?

Opção contratual, na qual o consumidor assume parte do custeio das despesas. Na coparticipação, o segurado paga à operadora por ocasião da realização de procedimento. Já no caso da franquia, é pago ao prestador no ato da utilização do serviço.

PREÇO

Pode haver diferença entre os preços dos planos?

Sim, os preços dos planos de saúde variam de acordo com a cobertura definida no produto (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, odontológica) e com o tipo de rede oferecida. Além disso, a ANS estabeleceu faixas etárias para variação dos preços.

O que é prêmio ou mensalidade ou contraprestação pecuniária?

É o pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde à operadora de plano de saúde para garantir a prestação continuada dos serviços contratados. A terminologia nas seguradoras especializadas em saúde é o prêmio e nas demais modalidades de operadoras é mensalidade ou contraprestação pecuniária.

O que é sinistro?

Na saúde suplementar, o sinistro é a despesa assistencial resultante de toda e qualquer utilização, pelo beneficiário, das coberturas contratadas.

Planos de saúde – contrato e produto

VIGÊNCIA, CANCELAMENTO E SUSPENSÃO

Qual a vigência dos contratos?

Nos planos individuais ou familiares, a vigência mínima é de 12 meses, com renovação automática, por igual período. Nos planos coletivos, a vigência mínima é de 12 meses, com livre negociação para renovação.

O que o beneficiário deve fazer para cancelar o contrato de plano de saúde?

Nos planos individuais e familiares, o titular pode cancelar o contrato a qualquer tempo, por qualquer motivo (art. 4º, I, do Código de Defesa do Consumidor e art. 421 do Código Civil). Deve seguir as regras de rescisão que estão em seu contrato. No caso de um contrato coletivo, a responsabilidade do cancelamento é da estipulante ou da operadora. As condições de rescisão devem constar no contrato. Para exercer o direito de cancelar o contrato, uma das partes deverá enviar prévia notificação à outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

Em quais condições os contratos podem ser cancelados pela operadora?

Os contratos individuais/familiares novos, firmados a partir de 1999, só podem ser suspensos ou cancelados pela operadora em duas situações excepcionais: por fraude do consumidor e pelo não pagamento por mais de 60 dias, consecutivos ou não, ao longo de um ano. A suspensão ou rescisão do contrato pela falta de pagamento requer que o beneficiário seja notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência (art. 13, II, Lei 9.656/98). Nos contratos coletivos e nos não regulamentados não há impedimento expresso na Lei 9.656/98 à suspensão ou rescisão do contrato. Prevalece o que nele estiver estabelecido.



Como o beneficiário deve proceder no caso de a operadora cancelar o seu plano?

Para os contratos individuais/familiares já regulamentados, caso a operadora efetue o cancelamento unilateral fora dos argumentos previstos na Lei 9.656, os beneficiários devem procurar a ANS para reaver a sua condição de beneficiário do plano.

O que acontece no caso de cancelamento de planos antigos?

Devem ser observadas as regras de rescisão que estão no contrato. Para os contratos antigos, não há uma norma específica. As rescisões unilaterais podem ocorrer nos planos coletivos antigos ou novos.

Como fica a cobertura do plano e o atendimento dos beneficiários de planos coletivos quando eles são demitidos do emprego ou se desligam das entidades?

O demitido que contribuiu com uma parte de sua mensalidade durante o período em que esteve contratado poderá manter-se no plano de saúde (pagando a sua parte e a parte que era paga pela empresa) pelo equivalente a um terço do tempo em que tiver contribuído para o plano - com uma limitação de, no mínimo, seis meses e, no máximo, dois anos.

Planos de saúde – contrato e produto





O processo é o mesmo para quem se aposenta?

O aposentado que possui plano de saúde firmado a partir de 1999 tem o direito de manter o contrato nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, e também deverá arcar com o pagamento integral da mensalidade. Se tiver contribuído por 10 anos ou mais, poderá mantê-lo por toda a vida. Se a contribuição tiver ocorrido por menos de 10 anos, o direito de manutenção do plano como beneficiário é equivalente ao tempo de contribuição. Esse direito é extensivo a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, mesmo em caso de morte do titular. No entanto, este direito não se aplica aos aposentados nos casos em que o plano de saúde é custeado integralmente pela empregadora, mesmo que o beneficiário tenha pago alguma quantia para utilização de serviços de assistência médica ou hospitalar.

O que é remissão?

É o período de tempo sem custo que alguns contratos preveem quando do falecimento do titular do plano, para que os dependentes que constam do plano, tenham um tempo de adaptação. Quando o titular da apólice falece, é dada aos seus dependentes a possibilidade de manutenção no contrato, por períodos que variam de três a cinco anos, sem que se efetue o pagamento das respectivas mensalidades. Após esse prazo, os serviços do plano podem ser mantidos, mediante assinatura de novo contrato entre as partes.

Reajustes dos planos de saúde

Como funcionam as regras de reajustes dos planos de saúde?

Existem dois tipos de reajustes: anual e por mudança de faixa etária. Os reajustes são nas datas de aniversário dos contratos. A ANS determina o índice máximo de reajuste anual dos planos individuais e familiares. Os reajustes por mudança de faixa etária desse tipo de plano ocorrem apenas quando o beneficiário muda de faixa e devem estar previstos no contrato.

O que regula o reajuste dos planos individuais e familiares novos, contratados a partir da Lei 9.656/98?

A ANS regula o reajuste dos planos individuais e familiares novos, ou seja, contratados a partir de janeiro de 1999. O reajuste anual é feito na data de aniversário do plano de saúde. Para determinar esse aumento, a Agência leva em conta a média dos reajustes efetivamente praticados no mercado de planos coletivos nos últimos doze meses.

Quais são as regras para os planos individuais e familiares antigos, anteriores à Lei 9.656/98?

O critério de reajuste anual deve ser o que está previsto no contrato, desde que seja claro e específico – o que não acontece em vários casos, já que existem nos contratos expressões vagas e genéricas, como “variações monetárias” e “aumento de acordo com os custos médico-hospitalares”. Nos contratos antigos que apresentem cláusulas que não indiquem expressamente o índice de preços a ser utilizado para reajustes das mensalidades e sejam omissos quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no seu cálculo, deverá ser adotado percentual de variação limitado ao estabelecido pela ANS.

Como se dá a mudança de faixa etária nos planos?

A mudança de preço se dá no mês subsequente ao aniversário do beneficiário e as regras variam de acordo com a época da assinatura dos contratos. Para os contratos assinados antes da regulamentação, vale a regra que constar no contrato. Para os contratos assinados entre 1º de janeiro de 1999 e 31 de dezembro de 2003, vale a regra que estiver no contrato, respeitada a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar de 1998. Esta Resolução estabeleceu sete faixas etárias e a relação de preço da primeira para a última faixa etária de, no máximo, 6 vezes. A partir de 1º de janeiro de 2004, com a entrada em vigor do Estatuto do Idoso, o número de faixas foi alterado de sete para dez: a) 0 a 18 anos; b) 19 a 23 anos; c) 24 a 28 anos; d) 29 a 33 anos; e) 34 a 38 anos; f) 39 a 43 anos; g) 44 a 48 anos; h) 49 a 53 anos; i) 54 a 58 anos; j) 59 anos ou mais. A ANS determinou que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18 anos) e, ainda, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Se coincidirem a mudança de faixa etária e o aniversário do plano, o beneficiário terá dois reajustes?

Sim. O reajuste por mudança de faixa etária ocorre cada vez que o beneficiário passa de uma das faixas pré-definidas para a seguinte e o reajuste anual é aplicado no mês de aniversário em que o contrato foi firmado pela operadora.

As operadoras são obrigadas a seguir o índice de reajuste definido pela ANS para os planos novos contratados por pessoas físicas?

O índice divulgado pela ANS é um teto de reajuste. Portanto, as operadoras não podem aplicar um percentual mais alto do que este aos seus planos novos contratados por pessoas físicas. As operadoras podem aplicar índices inferiores ao divulgado pela ANS, ou mesmo manter suas mensalidades sem reajuste.

Portabilidade

O que é portabilidade de carências?

É um procedimento que possibilita ao beneficiário de plano individual novo ou coletivo por adesão novo mudar de plano de saúde sem precisar cumprir novas carências. Ou seja, o beneficiário leva para o novo plano os prazos de carência cumpridos no plano anterior.

As regras de portabilidade estabelecidas pela ANS valem para todos os planos e beneficiários?

Não. Os contratos antigos (assinados antes de janeiro de 1999 e não adaptados) e os contratos coletivos empresariais não têm esse direito.

Em que condições a portabilidade se aplica?

As regras da ANS são restritivas e permitem a portabilidade de carência sómente se o contrato for novo ou adaptado (contratos assinados ou adaptados a partir de janeiro de 1999); se o contrato for individual (plano de saúde que o beneficiário contrata diretamente com a operadora, sem intermediação de uma pessoa jurídica); se o beneficiário estiver na operadora da qual pretende sair por pelo menos dois anos. A portabilidade só é permitida se o beneficiário estiver adimplente no plano do qual quer sair; se a operadora de saúde da qual ele quer sair não estiver quebrando (submetida a alienação compulsória de carteira, oferta pública de cadastro de beneficiários ou liquidação extrajudicial). A portabilidade só pode ser realizada uma vez a cada dois anos, no mês de aniversário do contrato. A Resolução Normativa nº 252,

ampliou as regras de portabilidade de carências. Entre as novidades estão a extensão do direito para os beneficiários de planos coletivos por adesão e a instituição da portabilidade especial para clientes de planos extintos.

A portabilidade de carência vale nos casos de doença pré-existente?

Os beneficiários que possuem doença pré-existente só podem realizar a portabilidade após terem cumprido um prazo de dois anos de permanência no plano anterior.

É possível portar a carência a qualquer momento?

Não. Segundo as regras da ANS, o beneficiário só pode mudar de plano de saúde sem cumprir novas carências se a mudança acontecer entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente. Se o beneficiário optar por mudar de plano nos demais meses ou caso não possa esperar, deverá negociar com a operadora para a qual pretende ir, a fim de que as carências sejam diminuídas ou não exigidas.

O beneficiário pode usar a carência para qualquer outro plano de saúde?

Não. É possível portar carência somente para planos de saúde compatíveis entre si. A compatibilidade entre os planos é determinada pela ANS segundo o tipo de contratação, a segmentação assistencial e a faixa de preço. A conferência é feita mediante consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde (aplicativo de consulta de compatibilidade de planos, disponível no site da Agência).

Regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil

O que é regulação de mercado?

Regulação é um conjunto de medidas e ações do governo que envolve a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas privadas.

Quais são as regras que orientam o mercado de saúde suplementar?

As regras foram determinadas pela Lei 9.656/98, que estabeleceu critérios para entrada, funcionamento e saída de operação de empresas no setor; determinou os padrões de cobertura e de qualidade da assistência médica e transferiu para o Governo Federal a responsabilidade pela regulação da atividade econômica e assistência prestada pelas operadoras de saúde, além da fiscalização do cumprimento das normas vigentes.

O que mudou para o mercado a partir da regulação?

Desde a vigência da Lei 9656, a partir de 01/01/1999, as operadoras precisam obter registro de funcionamento junto à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), assim como todos os produtos destas empresas (planos de saúde). A Lei passou a regular os contratos, atribuiu competência a ANS para definir e atualizar o rol de cobertura, fixou o tempo de carência, os reajustes dos contratos individuais e familiares, e criou critérios econômicos determinando garantias financeiras das operadoras para que possam atuar no mercado. Desde então é proibido impor limites de prazos para internações e realização de exames e procedimentos (exceto se houver disposição legal ao contrário), e a discriminação para entrada no plano de saúde em razão de idade e existência de doença crônica ou preexistente.



Como o mercado de saúde suplementar é regulado?

Pela ANS, criada pela Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000. A Agência é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde e tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores. Cabe à ANS exercer poderes de regulação, fiscalização e acompanhamento da atividade de operação de planos de saúde no Brasil. Seu papel regulatório alcança os planos individuais/familiares, os planos coletivos e os planos adaptados que são regulamentados pela Lei 9.656/98. Os planos coletivos (que podem ser empresariais ou coletivos por adesão) não se submetem às regras de reajustes da ANS.

E como funcionava antes da criação da ANS?

As seguradoras eram submetidas à regulação exercida pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados). As demais seguiam as regras contratuais estabelecidas com cada beneficiário. A partir da criação da ANS, todas as operadoras passaram a ser regulamentadas pela Agência. Consulte informações disponíveis no site da ANS (www.ans.gov) ou pelo "Disque ANS" (0800 701 9656).

Quais são as entidades representativas do setor das operadoras?

Há sete entidades: a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), a Abramge (Associação Brasileira de Medicina de Grupo), a Unimed do Brasil (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas), a CMB (Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas), a Unidas (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde), o Sinog (Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo) e a Uniodonto (Sociedade Cooperativa de Serviços Odontológicos).

Planos novos e antigos

O que são os chamados ‘planos novos’?

Com a entrada em vigor da Lei 9.656/98, passaram a ser chamados de ‘planos novos’ aqueles cujos contratos foram comercializados após a vigência da Lei, ou seja, a partir de janeiro de 1999.

O que são os chamados ‘planos antigos’?

Com a entrada em vigor da Lei 9.656/98, passaram a ser chamados de ‘planos antigos’ ou não regulamentados aqueles cujos contratos foram assinados antes de janeiro de 1999, quando a lei entrou em vigor. Os planos antigos ou não regulamentados embora possam permanecer ativos, não puderam mais ser comercializados a partir da vigência da Lei 9.656. O beneficiário de um plano antigo pode, a seu critério exclusivo, adaptar o seu contrato aderindo às novas regras da regulamentação e às condições do novo produto.

A ANS também regula os ‘planos antigos’?

Parcialmente. Os contratos antigos obtiveram algumas garantias com a legislação: não podem sofrer rescisão unilateral por parte da operadora, internações não podem ser encerradas a não ser por alta médica, valendo o que consta no contrato. Se não estiver especificado um índice de preços, vale a regra da ANS para os planos individuais.

O que é migração?

A migração de 'plano antigo ou não regulamentado' para 'plano novo ou regulamentado' prevê a assinatura de um novo contrato, com cláusulas de carência para as novas coberturas não previstas no plano anterior.

O que é adaptação?

A adaptação é um ajuste do contrato do 'plano antigo', para que ele tenha os mesmos direitos (e deveres) dos contratos novos ou regulamentados. Neste caso é feito um aditivo contratual. Os contratos adaptados ficarão sujeitos às disposições da Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, inclusive quanto a reajustes e revisões. Nenhum contrato poderá ser adaptado por iniciativa apenas da operadora. Entretanto, se houver decisão do consumidor, a operadora é obrigada a adaptar o contrato antigo às normas estabelecidas pela Lei. Nos contratos antigos, individuais ou coletivos, a adaptação pode ser feita a qualquer tempo, desde que seja por opção do contratante. Recentemente novas regras foram desenvolvidas para a migração e adaptação dos contratos com o objetivo de incentivar os beneficiários a alterarem seus contratos. A Resolução Normativa nº 254 estabelece que na adaptação, a operadora deve apresentar proposta ao beneficiário, demonstrando o ajuste do valor a ser pago relativo à ampliação das coberturas. Este ajuste poderá ser até o limite máximo de 20,59%. Na migração, o consumidor deverá utilizar o Guia de Planos de Saúde para verificar as opções de planos compatíveis com o seu. O preço do plano compatível será o valor dos planos disponíveis no mercado.



Beneficiários

Qual o perfil do usuário de plano de saúde no Brasil?

Dos 46,6 milhões de beneficiários de assistência médica, 35,7 milhões são assistidos por planos coletivos e 9,5 milhões por planos individuais. Nos planos exclusivamente odontológicos (15,6 milhões de beneficiários), quase a totalidade (12,9 milhões) está em planos coletivos e 2,5 nos individuais. As regiões que apresentam menor taxa de beneficiários são Norte e Nordeste - apenas 10% da população tem plano de saúde. No Centro-Oeste, 16%. A região Sul tem 23,6% de beneficiários assistidos e a Sudeste é a que registra o maior percentual: 37,8%. Em relação à faixa etária, a maioria dos beneficiários se concentra entre 20 e 49 anos.

Os planos de saúde são voltados somente para a classe A?

Não. Há planos para todas as classes, mas o maior percentual de cobertura se encontra entre as classes de renda mais alta. O plano de saúde tornou-se objeto de desejo como mostrou pesquisa realizada este ano pelo Datafolha, encomendada pelo IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar). Entre os 12 objetos de consumo pesquisados em oito regiões metropolitanas do País, o plano de saúde é o maior sonho do brasileiro, depois da casa própria. Com a ascensão de milhões de brasileiros da classe E para as classes C e D, as operadoras passaram também a investir em planos voltados para as pequenas e médias empresas.

Sobre a FenaSaúde



FenaSaúde

Federação Nacional de Saúde Suplementar

A FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) foi constituída em fevereiro de 2007 e reúne 15 dentre os maiores grupos de operadoras de planos de saúde do País, totalizando 29 empresas dentre 1.410 operadoras com beneficiários. Juntas, essas empresas são responsáveis pela assistência médica a 22,4 milhões de brasileiros (13,7 milhões com planos médico-hospitalares e 8,7 milhões com planos odontológicos), o equivalente a 35,9% dos beneficiários atendidos por todo o setor.

As operadoras afiliadas à FenaSaúde destinaram, para o pagamento a profissionais, hospitais, clínicas e laboratórios que prestaram serviços a seus beneficiários, R\$ 21,6 em 2010, 37% do total gasto pelo mercado. Foram realizadas aproximadamente 100 milhões de consultas e 1 milhão e 635 mil internações pelo conjunto das associadas em 2010.

A Federação é presidida por Marcio Serôa de Araujo Coriolano, diretor-presidente da Bradesco Saúde, e tem como diretor-executivo o economista e ex-ministro da Previdência, José Cechin. A atual diretoria da FenaSaúde é composta por 11 membros e foi eleita em março de 2010 para um mandato de 3 anos.

A FenaSaúde tem como missão contribuir para a consolidação da saúde suplementar no País por meio da troca de experiências e elaboração de propostas para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do setor.



AFILIADAS À FENASAÚDE:

- ALLIANZ SAÚDE
- GRUPO AMIL SAÚDE
- GRUPO BRADESCO SAÚDE
- CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL
- GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE
- GRUPO INTERMÉDICA
- ITAUSEG SAÚDE
- MARÍTIMA SAÚDE SEGUROS
- METLIFE PLANOS ODONTOLÓGICOS
- ODONTOPREV
- OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE
- PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE
- GRUPO SUL AMÉRICA SAÚDE
- TEMPO SAÚDE
- UNIMED SEGUROS SAÚDE

Por dentro da Saúde Suplementar – Guia prático para corretores

Grupo técnico FenaSaúde: José Cechin; Sandro Leal Alves; Carina Burri Martins; Vera Q. Sampaio de Souza; Paula Gonçalves e Sandro Reis Diniz

Revisão, projeto gráfico e diagramação: Grupo Informe Comunicação Integrada





FenaSaúde

Federação Nacional de Saúde Suplementar

Rua Senador Dantas, 74 – Centro
Rio de Janeiro (RJ) – CEP: 20031-205
Telefone: (021) 2510.7777

www.fenasaude.org.br