



**DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE PRODUTOS
GERÊNCIA GERAL DE ACOMPANHAMENTO DE PRODUTOS**

Comentários e Levantamento sobre a Consulta Pública nº 06 de 14 de agosto de 2001
Plano Especial de Adesão à Contrato Adaptado

- A consulta pública ficou disponível para o recebimento de comentários e sugestões do dia 14 de agosto de 2001 a 20 de agosto de 2001. Porém foram recebidas contribuições até o dia 21 de agosto de 2001.
- Foram recebidos pelo e-mail pea@ans.gov.br ,96 sugestões e comentários
- Das 96 sugestões, 68 delas ou seja, 71%, continham a seguinte sugestão :
 - a) o prazo para encaminhamento da proposta aos usuários deverá ter um prazo de, pelo menos, 60 dias após aprovação a ANS;
 - b) quando o plano possuir apenas uma segmentação, a adaptação deverá ter 2 opções, sendo uma na segmentação em que o usuário estiver e outra de plano completo;
 - c) o percentual de acréscimo das contraprestações pecuniárias não pode ser único, em casos de contratos individuais ou familiares, em razão das diferentes segmentações que se encontravam, ou seja deverá ser de acordo com o aumento de cobertura;
 - d) quando houver mudança de segmentação deverá haver carência para a nova segmentação contratada;
 - e) o prazo para encaminhamento da proposta à ANS deverá ser de, no mínimo, 90 dias após publicação da Resolução, em razão do tempo necessário para cálculo.
- Outras 5 sugestões (5,21%) vieram de algumas cooperativas Unimed's (Joinville, Joacaba, Extremo Oeste Catarinense, Vale do Araranguá) e da Fecomed com o seguinte conteúdo:

Conforme dispõe a Consulta Pública n.º 6 de 14 de agosto de 2001, seguem abaixo comentários e sugestões para alteração da minuta da resolução que regulamenta o Plano Especial de Adesão a Contrato Adaptado:

Art. 2.º - Sugerimos que seja estabelecido um prazo de no mínimo 60 dias para as Operadoras encaminharem aos titulares de contratos antigos proposta do Plano Especial de Adesão.

Art. 3.º - Em função da diversidade de produtos comercializados antes da Lei 9.656/98 e peculiaridades de cada Operadora, sugerimos a alteração na redação dos itens I, II e III, a saber:

Item I. Garantir todas as regras de cobertura assistencial previstas na Lei 9.656/98, nas respectivas amplitudes de cobertura definidas para o plano referência de que trata o art. 10 e ou nas segmentações previstas nos incisos I a IV do art. 12.

Item II. A carteira de planos individuais familiares deverá ser classificada dentro dos grupos definidos na letra "a", e o percentual de aumento nas contraprestações pecuniária deverá ser único para os participantes de cada grupo.

a) A classificação dos planos antes da vigência da Lei 9.656/98 se dará da seguinte forma:

a.1) Classificação em grupos de acordo com a cobertura assistencial:

Grupos	Classificação	Cobertura Assistencial
Grupo 1	Plano com cobertura básica	consultas, exames baixo custo, procedimentos baixa complexidade com internação
Grupo 2	Plano com cobertura intermediária	consultas, exames baixo e alto custo, procedimentos baixa complexidade com internação e terapias.
Grupo 3	Plano com cobertura ampla	consultas, exames baixo e alto custo, procedimentos baixa e alta complexidade com internação e terapias.
Grupo 4	Plano Hospitalar	
Grupo 5	Plano Ambulatorial	

a.2) Classificação dos grupos previstos no item a.1 devem observar ainda a abrangência geográfica e tipo acomodação hospitalar:

Abrangência Geográfica	Tipo de Acomodação
Nacional	Enfermaria
Estadual	Apartamento
Grupo de Municípios	
Grupo de Estados	

b) Os planos classificados nos grupos de 1 a 3, na adaptação corresponderão ao Plano Referência previsto no art. 10 da Lei 9.656/98.

Item III. Nos contratos coletivos deverá ser previsto um único percentual de aumento por grupo de participantes, conforme classificação prevista no item II, de cada contrato ou apólice.

Item IV. Comentário: Se for definido um único percentual de reajuste, para toda a carteira de planos individuais ou familiares, os beneficiários com planos, cuja a cobertura é mais ampla, seja de assistência, abrangência ou acomodação, que já pagam um valor maior, serão prejudicados e os beneficiários com coberturas básicas ou coberturas só hospitalar ou só ambulatorial, onde o valor pago é menor, serão beneficiados.

As diferenças de preços, em função de cobertura, abrangência, acomodação e limites, nos contratos antigos em relação aos planos regulamentados podem variar entre 5% a 140%.

Art. 5.º - Sugerimos que o prazo para entrega da Proposta do Plano Especial de Adesão a Contratos Adaptados seja alterado de 30 para 90 dias, devido a complexidade do processo, com o grande número de informações a serem extraídos do sistema de informática das operadoras e que requerem uma análise criteriosa para se definir o percentual de aumento necessário.

Sugerimos Alternativamente: Que o Plano Especial de Adesão ofereça as Operadoras de Planos de Saúde e aos consumidores, além da forma já proposta, a possibilidade de optarem pela migração do contrato anterior a vigência da Lei 9.656/98 para um novo plano dentro da nova regulamentação, sem o cumprimento de carências, alegação de preexistência e com um preço diferenciado, mediante um desconto sobre a tabela de preços praticada para vendas de novos planos.

O percentual de desconto a ser proposto aos consumidores, poderá inclusive ser submetido a análise e aprovação prévia da ANS.

Desta forma estará se evitando, a burocracia da adaptação dos contratos antigos através de termos aditivos, que certamente deixarão os consumidores com dúvidas.

Na migração o consumidor estará assinando um novo contrato, com um texto de acordo com as regras estabelecidas pela Lei 9.656/98, e o plano pelo qual esta optando se encontra devidamente registrado na ANS, dando-lhe mais segurança e clareza.

- Cabe ressaltar que a maioria das 96 sugestões/comentários foram encaminhadas por operadoras do Sul do país
- Outras sugestões de entidades/operadoras que merecem destaque são:

- A **Fenaseg** ressaltou que já havia enviado o ofício FENASEG PRESI 071/01, de 25 de julho de 2001, contendo proposta a respeito da regulamentação do art.35-L e lamentou que nenhuma das suas sugestões foi levado em consideração para a consulta pública.

As sugestões mais relevantes feitas pela Fenaseg foram:

- “Constituiria grave iniquidade a tentativa de cobrar-se um único percentual de acréscimo de prêmio mesmo para segurados inscritos em um mesmo plano, vez que há diversas e relevantes situações individuais a serem contempladas. Deixar de considerar tais situações pode conduzir ao absurdo de fazer com que os segurados que pagam prêmio maior por terem coberturas mais abrangentes venham a pagar mais que os segurados com coberturas menos amplas, pagando, ao final, preços diferentes para o mesmo plano já adaptado ao sistema da Lei.”
- “O artigo 35 L menciona que o Plano de Adesão compreenderá mecanismos limitadores dos reajustes por faixa etária, de forma a atender os limites estabelecidos na Lei e em seu disciplinamento. Isto significa, conforme o referido projeto de Resolução da ANS, que o preço de adaptação para determinadas faixas não será aquele atuarialmente calculado e sim o que for artificialmente limitado em função do teto de seis vezes para a última faixa em relação à primeira.”
- “Adicionalmente, não se pode pretender que, para as novas coberturas, deixe de haver o estabelecimento dos necessários prazos de carência e de proteção relativa às doenças e lesões preexistentes. Trata-se de técnica universalmente adotada de proteção das carteiras das operadoras contra o prejudicial mecanismo da seleção adversa de riscos . Não se diga que a previsão do percentual de adesão mínima constitui suficiente garantia: como tal percentual não será, evidentemente, fixado em cem por cento sempre haverá a adaptação proporcionalmente maior por parte daqueles já acometidos por doenças ou lesões não cobertas pelos contratos anteriores. Eliminar esses prazos de proteção das carteiras acabaria por inviabilizar, na prática, a oferta, pois esta teria que ter o preço e o percentual mínimo de adesões excessivamente elevados.”
- A **UNIMED DO BRASIL**, por meio do Sr. **Egberto Miranda Silva Neto**, fez os seguintes comentários a respeito da minuta de RDC:

Art. 2º :Mesmo que o PEA fosse viável, outubro de 2001 não é um prazo razoável para elaboração do contrato, aprovação da ANS e encaminhamento de proposta aos consumidores (com estrutura para receber as respostas e solução de dúvidas). O oferecimento deverá acontecer na data base dos contratos, ao longo do ano de 2002.

Art. 3º:O PEA terá a cobertura do plano referência, independentemente da segmentação dos contratos a serem adaptados?

II. O percentual único é inviável para toda a carteira. Os planos antigos são variados, e se o aumento (uniforme) ultrapassar o preço de venda atual, não haverá a migração, reduzindo ainda mais a massa interessada, e por consequência, novo cálculo será elaborado, aumentando ainda mais o percentual, inibindo ainda mais a migração...

VII. Merece melhor estudo. Até mesmo o plano ambulatorial que for adaptado “na amplitude prevista” no art. 10 da Lei nº 9.656 não terá qualquer restrição? A operadora ficará exposta a um risco injustificável.

VIII. Serão vários os PEAs, como contemplar essas diferenças num único percentual de reajuste? Haverá dispensa de taxa de registro para esses produtos? (Não houve previsão na Lei nº 9.961).

IX. A migração parece-nos mais uma nova contratação do que uma revisão de contrato. Assim, como justificar ao consumidor que, por resolução, poderá ele ser compelido a dois reajustes financeiros num intervalo de 4, 5 ou 8 meses?

Prevalecerá (no judiciário) a Lei nº 10.192...

Art. 9º :Inexeqüível. O consumidor não aceitará a modificação. O judiciário acolherá sua pretensão de menor reajuste.

Art. 10 O PEA é o plano referência.

- A **Uniodonto do Brasil**, por meio do Sr. **Egberto Miranda Silva Neto**, fez os seguintes comentários a respeito da minuta de RDC:

“Inferre-se pela leitura do texto (art. 3º, I e art. 10) que as cooperativas do Sistema Uniodonto estão dispensadas de oferecer um PEA, que tem feição de plano referência. Assim, requer a Uniodonto do Brasil a alteração do parágrafo único do art. 1º da resolução.

Art. 1º

Parágrafo único. O disposto nesta Resolução não se aplica às pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão nem àquelas que operem exclusivamente planos odontológicos.”