

Por Ivan Richard Esposito

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou duas resoluções normativas na tentativa de dar mais segurança e estabilidade ao mercado de planos de saúde no país. A primeira medida, editada na última sexta-feira (8), regulamenta o compartilhamento de gestão de riscos entre operadoras. A segunda, publicada hoje (11), disciplina a possibilidade da saída voluntária do mercado de operadoras pequenas e médias que avaliem não ter condições financeiras de permanecer atuando.

De acordo com o diretor de Normas e Habilitação de Operadoras da ANS, Leandro Fonseca, com as novas regras, a agência sinaliza “de forma mais clara” alternativas para as empresas de planos de saúde que possam estar em dificuldade financeira. Com isso, segundo ele, os consumidores passam a ter maior garantia de atendimento.

“O que estamos sinalizando para o mercado, em primeiro lugar, é que é preciso ter um capital adequado ao risco de cobrir plano de saúde. [Se não tem] estamos possibilitando duas saídas: o compartilhar o risco, como a Instrução 430, ou aumentar a escala [número de clientes], com a NR 431”.

Dados da ANS mostram que o setor de saúde suplementar tem 793 operadoras de planos médico-hospitalares. Desse total, cerca de 400 possuem até 15 mil clientes e atendem a 4,4% do total de usuários de planos de assistência médica do país. Atualmente, há 47,3 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares no Brasil e 22,9 milhões de beneficiários de planos odontológicos.

Fonseca negou que as medidas possam beneficiar as grandes empresas do setor ou reduzir a concorrência. Segundo ele, ter tamanho no mercado de planos de saúde é importante para diluir o risco econômico de um evento adverso. “Na verdade, quando um evento de saúde ocorre não há limite financeiro para a despesa da operadora de saúde. É diferente do seguro de automóvel, cujo limite é até o valor do carro. No caso das operadoras de saúde, não há limite financeiro. Então, se você precisar ser hospitalizado, você apenas deixa o hospital quando estiver bem. Não é se chegar até um teto financeiro”, argumentou.

## **Novas regras**

Com a [Resolução Normativa 430](#), a ANS impôs regras para o “intercâmbio” entre operadoras, para a criação de um fundo comum entre empresas, e a possibilidade da oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde. O fundo, explicou Fonseca, é uma garantia extra para as empresas. “Isso é importante porque o nosso setor não permite a contratação de resseguro. Então, esse é um jeito de fazer uma garantia”.

Já com a [RN 431](#), a agência reguladora criou o Programa Especial de Escala Adequada (PEA), que viabiliza a saída voluntária e ordenada do mercado de operadoras pequenas e médias que avaliem não ter condições de se manter no setor. Entre outras ações, a PEA prevê a transferência total de carteira ou de controle societário, com permissão do resgate de ativos garantidores para quitação de dívidas com a rede assistencial.

“Em linhas gerais, a ideia é olhar para as características do setor, que é heterogêneo, como tem operadoras de porte pequeno, e buscar a viabilização setorial protegendo o beneficiário, garantindo que a continuidade da assistência ocorra em modelos mais sustentáveis, ou compartilhando risco aumentando a escala”.

**Fonte:** Agência Brasil, em 11.12.2017.