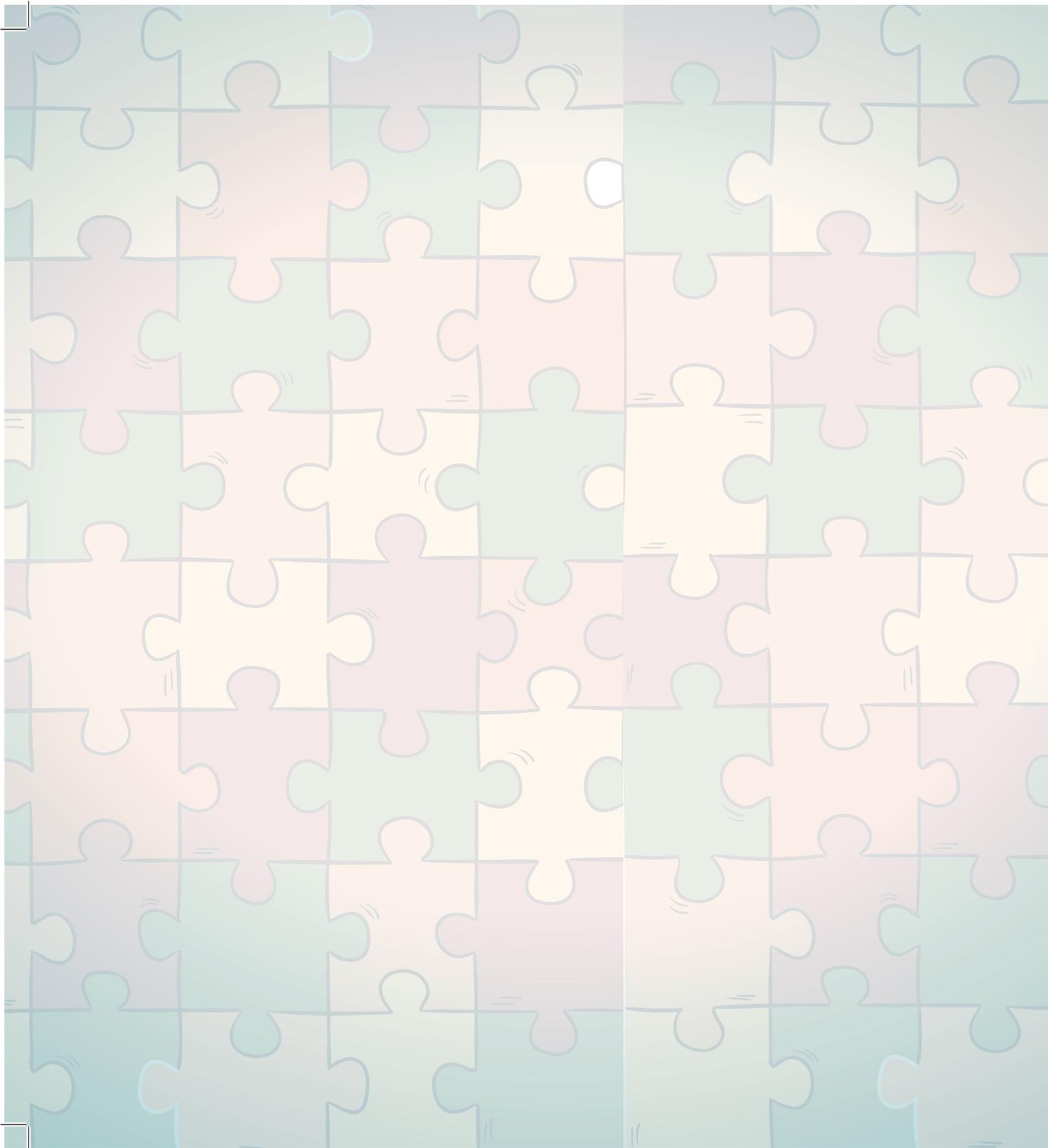




PLANOS DE
SAÚDE
e Relações de Consumo







**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR
ESCOLA NACIONAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR**

**PLANOS DE SAÚDE E RELAÇÕES DE CONSUMO
1. ed.**

**MJ
BRASÍLIA-DF
2020**

2020 © Secretaria Nacional do Consumidor

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio, salvo com autorização por escrito da Secretaria Nacional do Consumidor.

Esplanada dos Ministérios, Bloco “T”, Palácio da Justiça Raymundo Faoro, Edifício Sede, 5º andar, Sala 542 – Brasília, DF, CEP 70.964-900.

Planos de Saúde e Relações de Consumo

Edição

Ministério da Justiça e Segurança Pública
Secretaria Nacional do Consumidor
Escola Nacional de Defesa do Consumidor

Equipe Técnica do Ministério da Justiça e Segurança Pública - MJ

Ministro de Estado da Justiça e Segurança Pública
Sérgio Fernando Moro

Secretário Nacional do Consumidor
Luciano Benetti Timm

Diretor do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor

Fernando Boarato Meneguini

Coordenação-Geral de Estudos e Monitoramento de Mercado - CGEMM

Escola Nacional de Defesa do Consumidor

Supervisão - Andiará Maria Braga Maranhão

Apoio Técnico - Ana Cláudia Sant’Ana Menezes /
Laís Roberta Rosa Patrício / Nízia Martins Sousa

Equipe Técnica da Fundação Universidade de Brasília - FUB

Coordenação - Prof. Dr. Rafael Timóteo de Sousa Júnior / Prof. Dr. Ugo Silva Dias

Coordenação Pedagógica - Janaína Angelina Teixeira
Design Instrucional - Nayara Gomes

Apoio ao Núcleo Pedagógico - Andréia Santiago de Oliveira / Josiane do Carmo da Silva / Meirirene Moslaves Meira / Nayara Gomes Lima / Suzane Laís de Freitas

Ilustração - Cristiano Silva Gomes

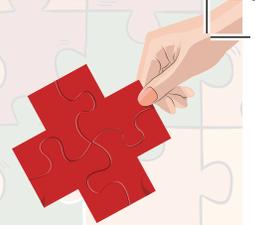
Diagramação - Patrícia Faria / Sanny Saraiva

Revisão - Angélica Magalhães Neves

O conteúdo desta publicação foi adaptado por Liziane Peter da Silva Gusmão, Especialista em Regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a partir da obra produzida pela Consultora Daniela Batalha Trettel, Curso de Planos de Saúde e Relações de Consumo - PROJETO UNESCO 914BRZ5005 – Desenvolvimento de Mecanismo de Gestão da Informação do Conhecimento para as Políticas de Defesa do Consumidor, Brasília: Secretaria Nacional do Consumidor, Ministério da Justiça, 2014.

341.641 P712s Plano de saúde e relações de consumo / Liziane Peter da Silva Gusmão ; supervisão, Andiará Maria Braga Maranhão ; apoio técnico, Ana Cláudia Sant’Ana Menezes, Laís Roberta Rosa Patrício, Nízia Martins Sousa. – 1. ed. -- Brasília : Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional do Consumidor : Fundação Universidade de Brasília – FUB, 2019.
180 p. : il. color.
ISBN: 978-85-5506-073-1
Adaptação de: Curso de Planos de Saúde e Relações de Consumo / Daniela Batalha Trettel.
1. Plano de saúde. 2. Defesa do consumidor. 3. Relação de Consumo. I. Trettel, Daniela Batalha. II. Curso de Planos de Saúde e Relações de Consumo. III. Gusmão, Liziane Peter da Silva. IV. Maranhão, Andiará Maria Braga. V. Menezes, Ana Cláudia Sant’Ana. VI. Patrício, Laís Roberta Rosa. VII. Sousa, Nízia Martins. VIII. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria do Consumidor. IX. Fundação Universidade de Brasília - FUB.

SUMÁRIO



SUMÁRIO	5
PREFÁCIO	9
OBJETIVOS INSTRUCIONAIS	11
CAPÍTULO 1: CONTEXTUALIZAÇÃO DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE	13
1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE	15
2 SURGIMENTO DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL	24
3 O DELINEAMENTO DAS ATUAIS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE	28
CAPÍTULO 2: REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	33
1 ÓRGÃOS REGULADORES DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE	36
1.1 MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	37
1.2 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).....	38
2 LEGISLAÇÃO DE REGÊNCIA DO SETOR	39
2.1 DA APLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR AOS PLANOS DE SAÚDE	40
2.2 ATOS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).....	45
2.3 ATOS DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU)	47
3 CONCEITOS IMPORTANTES DA LEGISLAÇÃO SETORIAL	48
3.1 OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE	49
3.2 CARTEIRA DO PLANO DE SAÚDE	56
4 CLASSIFICAÇÕES DOS PLANOS DE SAÚDE DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS CONTRATUAIS.....	57
4.1 MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	57
4.2 DATA DE ASSINATURA DO CONTRATO	61
4.3 ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO DE SAÚDE	62

4.4 ABRANGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL – SEGMENTAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE.....	63
--------------------------------------------------------------------------------	----

CAPÍTULO 3: DIREITOS DOS CONSUMIDORES DE PLANOS DE SAÚDE E PRINCIPAIS DESAFIOS 69

1 CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE	72
1.1 PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE PELO CONSUMIDOR	75
1.2 REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	79
1.3 REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS	79
1.4 TAXA DE ADESÃO CONTRATUAL	81
1.5 INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE DEPENDENTE NO PLANO DE SAÚDE	83
1.6 ADAPTAÇÃO E MIGRAÇÃO CONTRATUAL	85
1.7 CANCELAMENTO DO CONTRATO A PEDIDO DO CONSUMIDOR.....	87
1.8 CANCELAMENTO DO CONTRATO PELA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE	88
1.9 MANUTENÇÃO DO CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL PARA APOSENTADOS E DEMITIDOS	91
1.10 MANUTENÇÃO DO CONTRATO, EM CASO DE FALECIMENTO DO TITULAR DO PLANO DE SAÚDE.....	94
2 CARÊNCIAS E PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS.....	95
2.1 PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS	98
2.2 PORTABILIDADE ESPECIAL DE CARÊNCIAS	102
3 COBERTURA ASSISTENCIAL.....	106
3.1 COBERTURA DE MEDICAMENTOS PELOS PLANOS DE SAÚDE	109
3.2 ATENDIMENTO DOMICILIAR (HOME CARE)	110
3.3 INTERNAÇÃO	111
3.4 DESPESAS DO ACOMPANHANTE	113
3.5 PADRÃO DE CONFORTO NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	113
3.6 CHEQUE CAUÇÃO	113
3.7 NEGATIVA DE PROCEDIMENTOS SOLICITADOS POR MÉDICO NÃO CRE-	



DENCIADO DA OPERADORA.....	115
3.8 REEMBOLSO DE DESPESAS AO CONSUMIDOR.....	115
3.9 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	116
4 REAJUSTES DOS PLANOS DE SAÚDE.....	120
4.1 REAJUSTE ANUAL POR VARIAÇÃO DE CUSTOS	120
4.2 REAJUSTES POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA.....	125
5 PROTEÇÃO AOS CONSUMIDORES EM CASO DE LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE	127
5.1 PORTABILIDADE ESPECIAL EM CASO DE LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE	132

CAPÍTULO 4: ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR NA SAÚDE SUPLEMENTAR 131

1 MARCAÇÃO DE PROCEDIMENTOS - PRAZOS MÁXIMOS DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR.....	134
2 DISPONIBILIDADE DE INFORMAÇÕES ATUALIZADAS SOBRE A REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE CREDENCIADA DO PLANO DE SAÚDE..	141
3 REGRAS DA ANS PARA QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO PRESTADO PELAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE	143
3.1 CANAIS DE ATENDIMENTO	144
3.2 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO	146
3.3 PRAZOS DE RESPOSTA À SOLICITAÇÃO DO CONSUMIDOR	147
3.4 DA NEGATIVA DE COBERTURA ASSISTENCIAL POR ESCRITO	151
4 TRANSPARÊNCIA DE INFORMAÇÕES AO CONSUMIDOR SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	152

CAPÍTULO 5: SOLUÇÃO DE EXTRAJUDICIAL DE CONFLITOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR..... 155

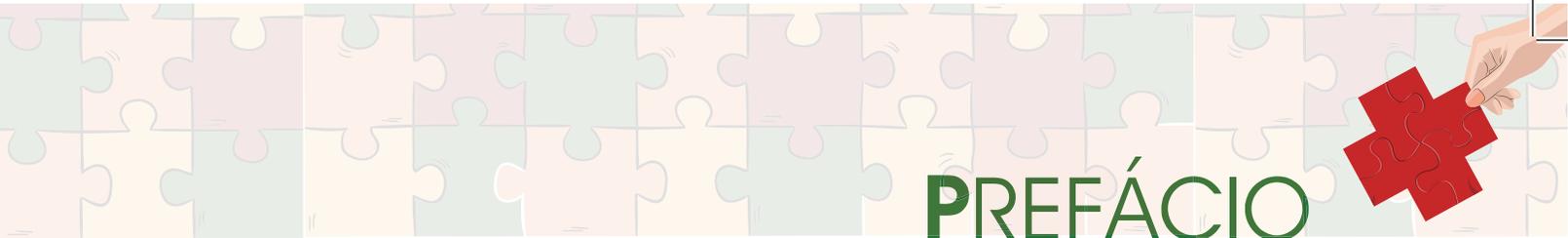
1 SOLUÇÃO EXTRAJUDICIAL DE CONFLITOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR	158
1.1 SOLUÇÃO DE CONFLITOS DE CONSUMO NA ANS	159
1.2 SOLUÇÃO DE CONFLITOS DE CONSUMO NOS PROCONS	160



1.3 SISTEMA ALTERNATIVO PARA SOLUÇÃO DE CONFLITOS DE CONSUMO – CONSUMIDOR.GOV.BR	170
-------------------------------------------------------------------------------------------	-----

REFERÊNCIAS	175
-------------------	-----





PREFÁCIO

A Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) do Ministério da Justiça e Segurança Pública, por meio da Escola Nacional de Defesa do Consumidor (ENDC), apresenta o Manual sobre Planos de Saúde e Relações de Consumo, elaborado, a partir de curso a distância, com a finalidade de servir como instrumento de estudo e de debate sobre as normas e os problemas que envolvem a proteção do consumidor de planos de saúde privados no Brasil.

A Escola Nacional de Defesa do Consumidor tem a missão de levar temas relevantes e atuais aos atendentes e aos técnicos de defesa do consumidor de todo o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) e outros parceiros, promovendo o estudo e o contínuo aperfeiçoamento desses profissionais, cujo objetivo final é melhor atender e informar o consumidor.

No dia a dia das relações de consumo, milhões de consumidores podem ser expostos a práticas prejudiciais, por exemplo: demora na marcação de consultas, exames e procedimentos em saúde, negativa de atendimento e situações de doenças ou agravos em saúde, reajustes ilegais ou abusivos, alterações na rede prestadora credenciada, cancelamento indevido do contrato, entre outros problemas que diariamente batem à porta dos Procons e demais órgãos e entidades de defesa do consumidor.

O presente livro é apresentado a você por meio de uma linguagem dialógica que permite a compreensão de conteúdos complexos de forma mais significativa. Temos como objetivo, levar ao leitor uma visão geral sobre o mercado de planos privados de saúde, apresentando, num primeiro momento, a regulação de planos de saúde (funcionamento, conceitos relacionados, quais são as coberturas obrigatórias, lacunas existentes, legislação específica e jurisprudência aplicável), e, numa segunda parte, expondo os principais problemas enfrentados pelos consumidores de planos de saúde (quais são e qual a solução jurídica para cada caso).

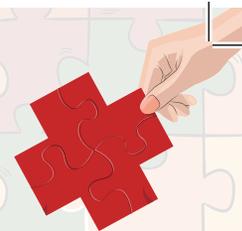
Agradecemos à Dra. Daniela Batalha Trettel, consultora, que inicialmente elaborou o conteúdo referente ao tema de tamanha relevância para a defesa do consumidor, bem como também agradecemos à Agência Nacional de Saúde Suplementar que, no âmbito da parceria com a Senacon, disponibilizou uma especialista em regulação, com atuação em proteção e defesa do consumidor, Dra. Liziane Peter da Silva Gusmão, para a revisão e atualização do material.

Esperamos que esse livro seja amplamente utilizado pelos membros do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor e que possa contribuir para a solução de conflitos de consumo na área de planos de assistência à saúde.

Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor
Secretaria Nacional do Consumidor
Ministério da Justiça e Segurança Pública



OBJETIVOS INSTRUCCIONAIS



Neste livro, espera-se que você seja capaz de:

- Conhecer os fatores históricos e a atuação de determinados atores no crescimento do setor de planos de saúde no Brasil.
- Compreender os fatores que impulsionaram a ampliação do mercado de planos de saúde.
- Compreender a importância da regulamentação dos planos de saúde.
- Caracterizar a relação operadora (fornecedor) e usuário (consumidor) independente do tipo de plano.
- Entender o motivo da regulação do setor e a criação do órgão regulador do setor de planos de saúde Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- Conhecer a Lei n. 9.656/98 e os seus impactos no mercado.
- Entender os conceitos e os termos técnicos relacionados ao setor de planos de saúde e a forma de regulação do setor.
- Compreender a classificação (tipos) das operadoras e a classificação (tipos) dos planos de saúde de acordo com as características contratuais.
- Compreender o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar e a sustentabilidade do

mercado de planos de saúde.

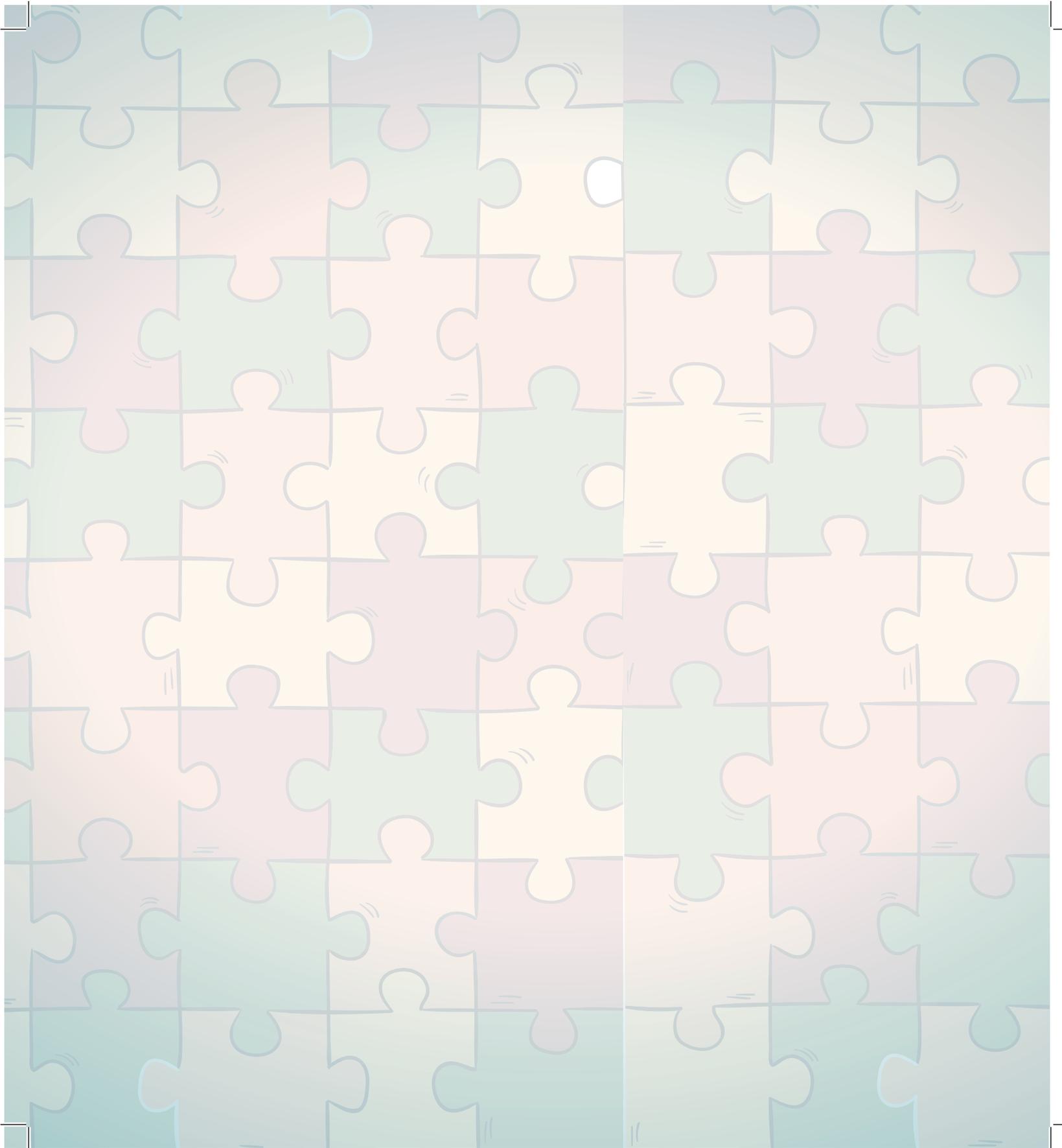
- Conhecer os principais temas relacionados à Saúde Suplementar: contratação de planos (orientações, tipos de planos, segmentação e abrangência, inclusão de dependentes); reajustes de planos de saúde; carências permitidas pela legislação; cobertura parcial temporária (CPT) e agravo; urgência e emergência na saúde suplementar; portabilidade de carências e cobertura assistencial.
- Compreender os direitos dos consumidores de planos de saúde.
- Traçar os principais conflitos do setor de saúde suplementar.
- Conhecer anormalidades administrativas e/ou econômico financeiras.
- Identificar a solução a ser dada sob o ponto de vista da proteção dos direitos do consumidor.
- Compreender o instrumento de mediação de conflitos na saúde suplementar (Notificação de Investigação Preliminar – NIP) e instrumentos de “*enforcement*” (Suspensão da venda de planos de saúde e multas administrativas)





Capítulo 1

CONTEXTUALIZAÇÃO DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE





1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE



Visando contribuir com os estudos e a promoção da defesa dos direitos dos consumidores de planos privados de assistência à saúde, a Escola Nacional de Defesa do Consumidor desenvolveu o livro Planos de Saúde e Relações de Consumo.

Esse livro destina-se à compreensão do mercado de saúde suplementar, com a apresentação da legislação setorial e dos direitos dos consumidores de planos de saúde, bem como da gestão de conflitos no setor na busca do aprimoramento da relação de consumo entre operadoras e consumidores de planos de saúde.



Para auxiliar na compreensão do conteúdo, o livro está estruturado em 5 capítulos, conforme exposto abaixo:

- **Capítulo 1:** Contextualização do Setor de Planos de Saúde.
- **Capítulo 2:** Regulação da Saúde Suplementar no Brasil.
- **Capítulo 3:** Direitos dos consumidores de planos de saúde e principais desafios.
- **Capítulo 4:** Atendimento ao consumidor na Saúde Suplementar.
- **Capítulo 5:** Solução Extrajudicial de Conflitos em Saúde Suplementar.





Para começar o estudo, veja alguns dados sobre os planos de saúde levantados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2015/2016. Você sabia que, atualmente, cerca de um terço da população brasileira possui algum tipo de plano de saúde, seja para cobertura de despesas médicas ou para cobertura de despesas odontológicas?

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia especial criada por lei, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de planos de saúde no Brasil.

De acordo com dados divulgados no portal da ANS, desde a criação da Agência, verifica-se significativo aumento de contratações de planos privados de assistência à saúde. Atualmente, o mercado de planos de saúde contabiliza mais de 70 milhões de consumidores vinculados aos planos de saúde.

Os planos de saúde podem ser classificados de acordo com a modalidade de contratação, área de abrangência geográfica do contrato, época de contratação e amplitude das coberturas contratadas.

De acordo com a modalidade de contratação, os planos se distinguem em: planos individuais/familiares e planos coletivos.



Plano Individual/Familiar



É aquele plano de saúde contratado diretamente pelo consumidor (pessoa física) em seu nome e de sua família.

Plano Coletivo

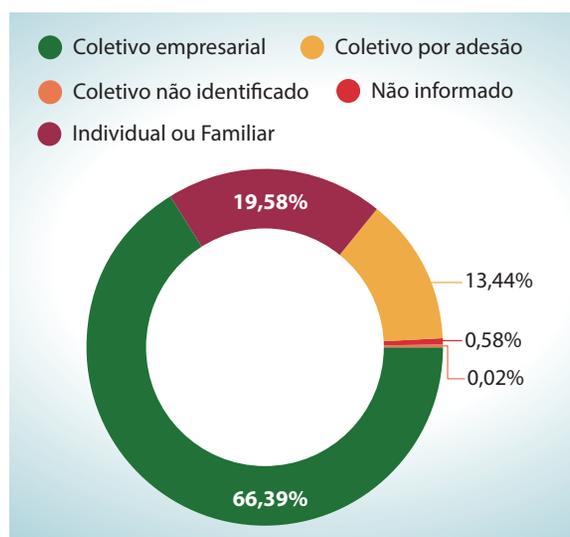


É a modalidade de plano que envolve a presença de uma pessoa jurídica como contratante. (Por exemplo: os contratos empresariais, nos quais uma empresa contrata o plano de saúde para os seus empregados).

Quanto à modalidade de contratação, os contratos coletivos dominam o mercado. Dados da ANS apontam que existe uma grande concentração no mercado de saúde suplementar relativa à contratação de planos de saúde coletivos. De acordo com o banco de dados relativo ao cadastro de beneficiários de planos de saúde da ANS (SIB/ANS), do total de contratos de planos de saúde de assistência médica, cerca de 80% referem-se a planos de saúde coletivos, e apenas 20% dos consumidores possuem planos individuais/familiares.

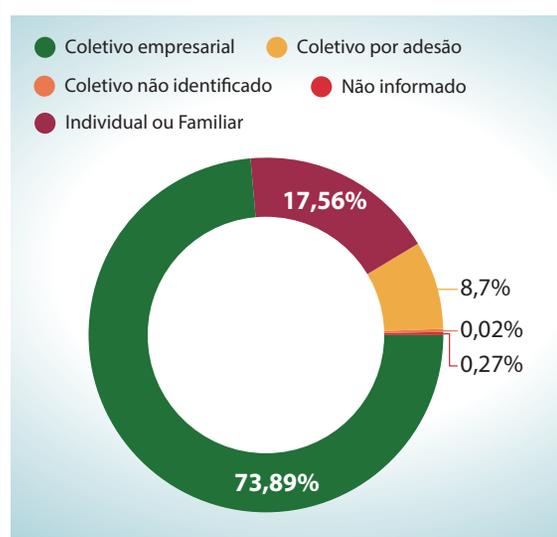


Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação:



Fonte: SIB/ANS/MS – 03/2016

Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos por tipo de contratação:



Fonte: SIB/ANS/MS – 03/2016

Em relação à área de abrangência geográfica do contrato, os planos de saúde podem prever a cobertura nacional – ocasião em que dispõem da prestação do atendimento em todo o território nacional – ou limitada ao atendimento em regiões especificadas no contrato, podendo os planos serem de abrangência estadual ou grupo de estados, ou de abrangência municipal, grupo de municípios.

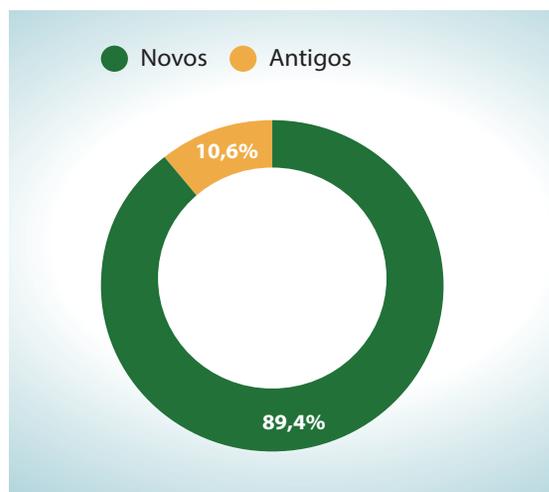
Quanto à época de contratação, os planos podem ser classificados em planos antigos ou planos novos/regulamentados. Os chamados planos antigos referem-se aos planos de saúde contratados antes da edição do marco legal da regulação dos



planos de saúde, qual seja a Lei Federal n. 9.656, com vigência a partir de 1º de janeiro de 1999.

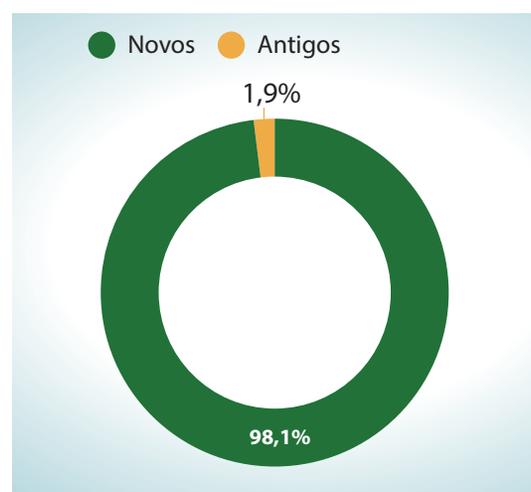
Segundo a ANS, o percentual de pessoas vinculadas a planos de saúde antigos encontra-se diminuindo gradualmente, posto que já em 2004 o número de consumidores vinculados aos contratos novos ultrapassou o de consumidores vinculados aos planos antigos. Todavia, no final de 2015, ainda era possível verificar 5,5 milhões de consumidores vinculados a contratos antigos, ou seja, quase 11% do total de beneficiários de planos de saúde (Fonte: SIB/ANS/MS – 09/2015).

Beneficiários de planos de assistência médica por época de contratação:



Fonte: SIB/ANS/MS – 03/2016

Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos por tipo de contratação:



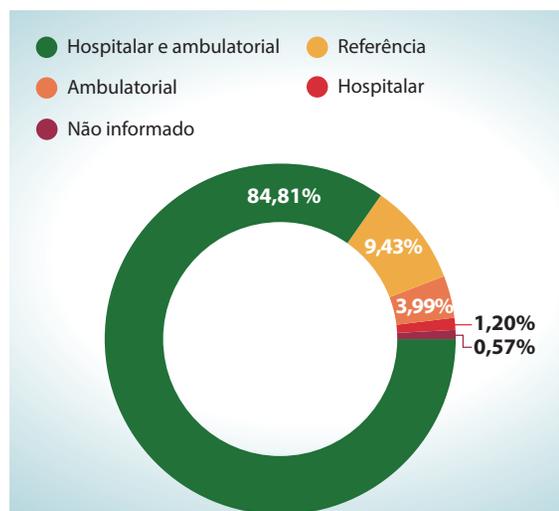
Fonte: SIB/ANS/MS – 03/2016



Em relação à segmentação do plano de saúde, a ANS, em março de 2016, contabilizou que 84,81% dos beneficiários de planos de assistência médica encontravam-se vinculados aos planos da segmentação assistencial do tipo ambulatorial e hospitalar; apenas 9,43% dos beneficiários encontravam-se vinculados ao plano do tipo referência; 4% vinculados aos planos do tipo exclusivamente ambulatorial; e 1,2% do tipo exclusivamente hospitalar.

Beneficiários de planos de assistência médica por segmentação do plano:

Beneficiários de planos de assistência médica por segmentação do plano:



Fonte: SIB/ANS/MS – 03/2016



2 SURGIMENTO DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL



A Constituição Federal de 1988 (CF/88), em seu art. 196 estabelece que:



LEGISLAÇÃO

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Dessa forma, antes da CF/88, só tinham acesso aos serviços de saúde pública no Brasil os contribuintes da previdência social, e aos serviços privados de assistência à saúde os trabalhadores que contavam com planos de saúde ofertados por seus empregadores.

Assim, considerando o fato de o direito à saúde não ser considerado fundamental e universal no Brasil antes de 1988, as operadoras de planos de saúde se estabeleceram nessa lacuna deixada pelo Estado, a fim de permitir o acesso à saúde, ainda que de forma privada.

Fatores históricos e a atuação de determinados atores foram fundamentais para o crescimento do setor de planos de saúde no Brasil e o consequente delineamento atual da política pública de saúde. Observe o quadro a seguir:



Contextualização histórica

● 1920

Somente tinham acesso à assistência médica os poucos privilegiados com capacidade de pagamento de serviços particulares. “Não é por acaso que a expectativa de vida do brasileiro, nos anos 20, era de menos de 40 anos” (VIEIRA; VILARINHO, 2004, p. 16).

● 1940

Criação das caixas de assistência no setor público - como a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) e a Assistência Patronal para os servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (atual Geap).

● 1950

O início da industrialização do país no Governo Juscelino Kubitschek, a partir dos anos 50, e a conseqüente chegada de multinacionais estrangeiras ao país – “que contrataram assistência privada para seus empregados, à semelhança de suas matrizes, com vistas à garantia da produtividade de suas operações” – disseminaram a adoção do seu modelo de cuidado com a saúde do trabalhador em outros setores da economia, privados ou público. (VIEIRA; VILARINHO, 2004, p. 5)

● 1960

Com o golpe militar de 1964 e o Decreto-Lei 200, fortaleceu-se com financiamento público o crescimento do parque privado de prestação de serviços de assistência à saúde. Isso porque a referida legislação ditatorial privilegiou a contratação das empresas privadas (hospitais, etc.) para implementar políticas públicas de saúde. (VIEIRA; VILARINHO, 2004, p. 5).

● 1970

A interveniência estatal, que perdurou até 1979, deu-se através da Previdência Social, na contratação de serviços médicos privados por empresas na forma de convênio-empresa.

A Previdência, ao subordinar a produção de atividades assistenciais à lógica da remuneração por produção, impulsiona diversas modalidades de privatização da assistência médica, desde o incentivo ao produtor privado isolado (hospitais, laboratórios) até o surgimento de grupos de médicos que criam empresas para a prestação de serviços a outras empresas. Uma expressão das políticas de privatização na área da saúde é o convênio-empresa, conquista política dos empresários, em uma conjuntura de deslocamento dos trabalhadores do centro de decisão política da Previdência Social. (BAHIA, 2000, p. 30).

● 1980

A recessão econômica da década de 80, conseqüência da crise do petróleo de 1978, “acarretou a retração nos pagamentos dos convênios com empresas médicas, dando margem que as organizações médicas, já consolidadas financeira e estruturalmente, passassem a fornecer diretamente seus serviços a indivíduos ou empresas”. (VIEIRA; VILARINHO, 2004, p. 5)



Pudemos observar que diversos atores sociais impulsionaram o setor de planos de saúde no Brasil, tais como o Governo Federal, as multinacionais e as organizações de serviços médico-hospitalares, “que souberam aproveitar com sucesso as fases de parceria com o Estado, e, quando esta se rompeu, nos anos 80, por conta da recessão macroeconômica que se estendeu ao longo da década, migraram sua estratégia, seus recursos gerenciais e a estrutura de atendimento para os consumidores” (MÉDICI, 2003; REIS, 2000; LÍGIA BAHIA (2001) , apud VIEIRA E VILARINHO, 2004).

Carlos Octávio Ocké-Reis (2003) complementa o panorama traçado indicando o papel exercido pela classe médica e pela incorporação de tecnologia no fomento dos planos de saúde no Brasil:

Agrega-se a isso, do lado da oferta, alguns fatores que ajudaram igualmente a estruturar o mercado de planos de saúde, como:

(a) a presença de uma imensa força de trabalho médica especializada, “compelida” a se submeter a uma remuneração inferior ao patamar esperado no exercício da medicina liberal, porém maior do que aquela fora do mercado;

(b) a necessidade de incorporar tecnologia incessantemente ao ato médico como forma de atrair mais consumidores, já que “[...] à proporção que a nova tecnologia exige, tendencialmente, cada vez mais recursos, o produtor do consultório privado não consegue manter-se mais na forma independente e isolada dos mecanismos sociais que virão dar conta dos custos crescentes. Essa medicina tecnológica, portanto, também representará a penetração do capital nessa área de produção social [...] sob a intermediação de seguros-saúde privados” (SCHRAIBER, 1993, p.198).



3 O DELINEAMENTO DAS ATUAIS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Como visto, nas décadas de 40 e 50 foram criadas caixas assistenciais no setor público – como a CASSI e a GEAP – e, na iniciativa privada, surgiram os sistemas assistenciais vinculados às empresas empregadoras, principalmente a empresas automobilísticas estrangeiras (BAHIA, 2001, p. 329-339).

Ainda em um modelo embrionário, o delineamento inicial do mercado de planos de saúde baseava-se na captação de recursos de empregados e empregadores com o objetivo de garantir uma assistência hospitalar adicional à propiciada pelo Estado, com atendimento em estabelecimentos próprios ou em ambulatórios localizados no próprio ambiente de trabalho, ou ainda, na forma de reembolsos dos serviços médicos realizados (TRETTEL, 2009, p. 29).

Na década seguinte, com o estímulo do Estado - que persistiu até 1979 - a atividade tomou feições empresárias. Com o surgimento de convênios médicos entre empresas empregadoras e empresas médicas, com a criação das medicinas de grupo e das cooperativas médicas, formadas principalmente por proprietários e acionistas de hospitais. Além do atendimento médico em estabelecimentos próprios, passou-se também a contratar serviços de terceiros (rede prestadora de serviços de saúde credenciada) (TRETTEL, 2009, p. 29).

Na década de 80, já estava consolidada a visão dos planos de saúde como alternativa ao sistema público para os trabalhadores especializados, em especial da região Sudeste do Brasil. Lígia Bahia (2001, p. 332), considerando os dados referentes aos beneficiários de empresas de medicina de grupo e de cooperativas, contabilizou 15 milhões de consumidores desse serviço na década de 80.



Veja agora como surgiram os planos de saúde.



No final dos anos 80 intensificou-se a entrada de novos consumidores, em especial com o incremento da venda de planos individuais, e as seguradoras definitivamente entraram nesse mercado. Também foi nesse momento histórico que os planos de saúde deixaram de ser vistos como um benefício empregatício e ganharam um caráter de assistência médica “suplementar”.

Dentre outros fatores, podemos afirmar que a descrença na saúde pública por parte de alguns setores da sociedade estimulou a ampliação do mercado de planos de saúde a partir da década de 80.





Segundo Lúcia Bahia (2000, p. 38), o crescimento da cobertura populacional por planos de saúde é explicado tanto pelo declínio de qualidade da assistência médico-hospitalar pública como pela resistência à noção de universalização da saúde, posta pela Constituição de 1988, por parte de empresários e trabalhadores.

No início da década de 90 os planos de saúde deixaram de ser vistos somente como um benefício empregatício. Tanto que os planos de saúde individuais ampliaram significativamente o seu mercado nessa época. A exigência de planos de saúde para as classes trabalhadoras que ainda não os possuíam passou a integrar a pauta de reivindicações sindicais. (FARIAS; MELAMED, 2003, p. 590).



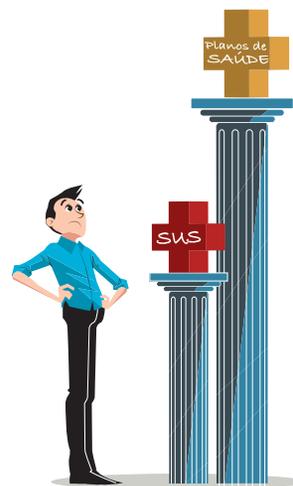
Ao discorrer sobre a história de criação e crescimento dos planos de saúde no Brasil, Giovanni Gurgel Aciole (2006) ressalta o importante papel que os subsídios estatais sempre tiveram no fomento dessa atividade econômica. Além disso, evidencia que os planos de saúde sempre se estabeleceram em um “território de desigualdade”, pois eram ofertados apenas aos trabalhadores formais, excluindo do benefício do atendimento à saúde os trabalhadores informais e os desempregados.

Os fenômenos sociais de expansão da saúde privada e de universalização da saúde pública se deram concomitantemente, mas restrições fiscais e financeiras atrapalharam a conquista do objetivo universalizante do SUS (Sistema Único de Saúde), o que veio a impulsionar a expansão dos planos de saúde entre a população economicamente ativa.



É necessário destacar que, nesse cenário de expressivo crescimento do mercado de saúde privada, após a CF/88, ainda não existia a regulação desse setor. Embora houvesse previsão constitucional para sua regulamentação.

A Constituição Federal de 1988, ao mesmo tempo em que permitiu a prestação de serviços de saúde pela iniciativa privada (art. 199), estabeleceu como relevância pública todas as ações e os serviços de saúde, cabendo ao Poder Público a sua regulamentação, fiscalização e controle (art. 197).



Todavia, a regulamentação do setor só veio a ocorrer dez anos após a promulgação da Constituição, com a edição da Lei Federal n. 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde). Antes da vigência da Lei de planos de saúde, o mercado de planos de saúde não sofria nenhum tipo de regulação estatal, com exceção dos seguros-saúde, que seguiam regras securitárias – relacionadas apenas a questões econômico-financeiras – editadas pela Superintendência de Seguros Privados do Ministério da



Fazenda (SUSEP/MF) – mas que também não se referiam às regras de qualidade de atendimento.

Com a ausência de regulamentação relativa à assistência prestada, criou-se o ambiente propício para que operadoras de planos de saúde cometessem práticas abusivas, sendo numerosos os conflitos com consumidores.

A omissão do Estado, inexistindo regras claras para o funcionamento do mercado e de mecanismos para fiscalizá-lo, contribuiu para tensionar as relações entre usuários e operadoras de planos de saúde. Conflitos concretos tornaram a regulamentação prioridade na agenda setorial, dentre eles: o aumento de reclamações de consumidores em Procons e na Justiça, decorrentes de abusos nos ajustes de preços e negativas de atendimento, burocratização dos procedimentos para segurados e prestadores, além das denúncias sobre atitudes antiéticas e ameaçadoras da vida e saúde dos usuários de serviços vinculados aos planos de seguro-saúde; a denúncia de problemas de solvência (ou falência) de empresas; e questões relacionadas ao subfinanciamento setorial e à necessidade de controle/contenção dos preços da assistência médica (ALMEIDA, 1998, P.13; 39-40; TRETTEL, 2009, p. 33-34).

O Código de Defesa do Consumidor passou a ser suscitado em demandas judiciais, nas quais cláusulas e práticas abusivas das operadoras eram questionadas.

Dessa forma, o acirramento dos conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde e a pressão da sociedade civil formaram o cenário que culminou com a votação da Lei n. 9.656 em 1998 pelo Congresso Nacional.

A Lei n. 9.656/98, então, regulamentou uma série de lacunas do setor de planos de saúde, criadoras de desequilíbrio na relação entre consumidores e operadoras de planos de saúde.





O DELINEAMENTO DAS ATUAIS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

- ✓ Estabelecimento de regras para criação de reservas financeiras nas empresas, visando evitar “quebras” e descontinuidade de assistência.
- ✓ Proibição de que as operadoras de planos de saúde impedissem o ingresso de consumidores em planos de saúde, em razão da idade ou doenças preexistentes.
- ✓ Proibição de limitações temporais ou numéricas de internações.
- ✓ Estabelecimento de prazos máximos de carências a serem observados pelas operadoras de planos de saúde.
- ✓ Garantia da prestação de assistência à saúde a recém-nascidos por 30 dias após o parto e inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção.
- ✓ Estabelecimento de carências de apenas 24 horas para cobertura de urgências e emergências.
- ✓ Proibição taxativa à rescisão unilateral de contratos individuais.
- ✓ Regulamentação de obrigações a serem observadas no credenciamento de entidades hospitalares da rede prestadora dos planos de saúde.



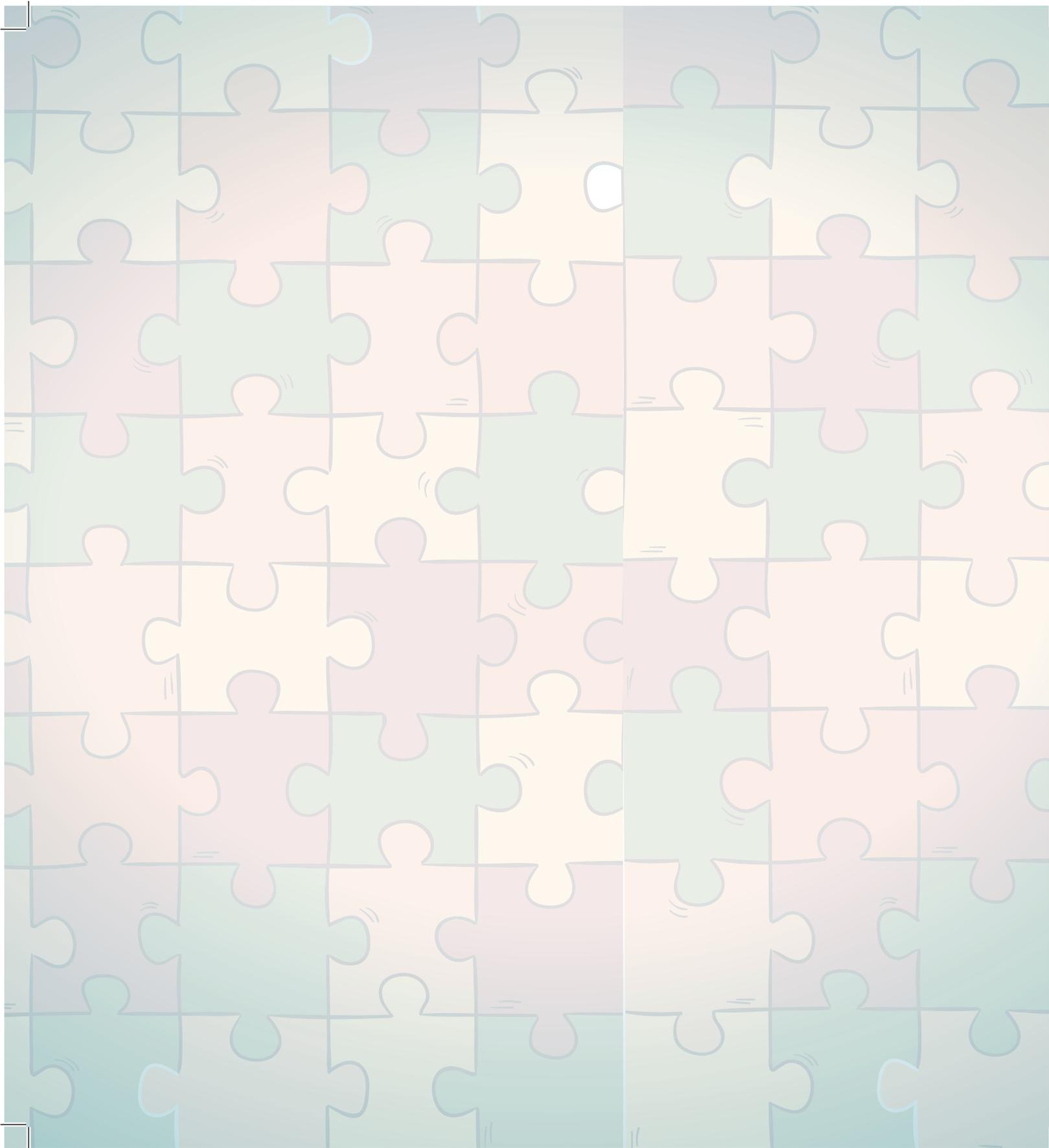
Todavia, com a edição da Lei de Planos de Saúde, ficaram de fora alguns pontos importantes, os quais, ainda, se apresentam como desafios do setor de saúde suplementar, no que diz respeito à salvaguarda dos direitos dos consumidores de planos de saúde, tais como: mecanismos de proteção quanto à suspensão/exclusão contratual de consumidores em planos coletivos; regras claras e limites quanto aos reajustes dos planos coletivos; regras de credenciamento/descredenciamento de prestadores de serviços não hospitalares, tais como clínicas, laboratórios, médicos e demais profissionais da área de saúde.

Por fim, faz-se necessário observar que outros problemas do setor, em especial relacionados aos mecanismos de regulação financeira e assistenciais utilizados pelas operadoras, em especial àqueles relacionados a autorizações prévias de procedimentos e critérios de definições de impasses em caso de situações de divergências médicas ou odontológicas, decorrem da ineficiência de operadoras de planos de saúde em cumprirem, de forma voluntária e eficaz, a devida legislação e regulamentação setorial.



Capítulo 2

REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL





Olá! Seja bem-vindo(a) ao Capítulo 2 "Regulação da Saúde Suplementar no Brasil". Neste capítulo você conhecerá a regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil e alguns conceitos importantes do setor. Vamos lá? Bom estudo!





1 ÓRGÃOS REGULADORES DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE

Veja bem.
Para compreender o setor, são necessários, preliminarmente, alguns esclarecimentos referentes à regulação setorial, por exemplo: órgãos reguladores, legislação aplicável, denominações e classificações utilizadas.

Conforme estudado, embora esse setor tenha se desenvolvido sem regramentos definidos, atualmente o setor é regulamentado por leis e normativos específicos. Contudo, a regulação de planos de saúde no Brasil é marcada pela complexidade, seja pelos termos técnicos utilizados, seja pela multiplicidade de conceitos e regras. Vamos estudá-las?





Como visto no Capítulo 1, o início do ordenamento jurídico do setor se deu, apenas, após a edição da Constituição Federal de 1988, com a universalização da saúde e institucionalização do SUS, com a permissão da transferência da prestação de serviços de assistência à saúde para a iniciativa privada, bem como, com a expressa previsão de regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços privados de saúde.

Neste Capítulo, vamos estudar o ordenamento jurídico do setor.

1.1 MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas à promoção, à prevenção e à assistência à saúde da população brasileira. Tem como função oferecer condições para a proteção e a recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro.

A Constituição Federal estabelece, em seu art. 197, que cabe ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Já o art. 199 dispõe que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo essa participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde - (SUS), mediante contrato de direito público ou convênio, sendo vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, bem como a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros, salvo nos casos previstos em lei.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) são vinculadas ao Ministério da Saúde.



1.2 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)

A ANS foi criada pela Lei n. 9.961/2000, que a instituiu como uma autarquia especial com a atribuição de ser o órgão responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, e tem como missão promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.



O QUE É REGULAÇÃO?

De forma simplificada, a regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e de ações do Governo que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público.

A regulação é exercida por meio da edição de normas e regras para o funcionamento de determinado setor (leis, regulamentos, resoluções etc.).

É papel da ANS, entre outros:

- Regular a assistência ao consumidor de planos de saúde (cobertura, rede credenciada, condições contratuais, indicadores de qualidade etc.).
- Estabelecer regras de sustentabilidade financeira das empresas de planos de saúde e impedimento de “quebras” de operadoras.
- Instituir regras e fiscalizar os reajustes dos planos de saúde.
- Garantir o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) dos atendimentos prestados pela rede pública aos usuários de planos de saúde privados.



2 LEGISLAÇÃO DE REGÊNCIA DO SETOR

LEI N. 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990 – CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (CDC)	LEI N. 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 – LEI DE PLANOS DE SAÚDE	LEI N. 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000 – LEI DE CRIAÇÃO DA ANS
<p>Na contratação de planos e seguros de saúde privados, resta caracterizada uma relação de consumo, nos termos do CDC, razão pela qual impõe-se a sua aplicação. Antes da edição da Lei de Planos de Saúde, supriu a lacuna regulatória do setor, sendo, ainda hoje, a lei mais aplicada pelo Poder Judiciário na solução de conflitos de consumo entre consumidores e operadoras de planos de saúde.</p>	<p>É a norma responsável pela regulação do setor de saúde suplementar. Dispõe sobre os planos e os seguros privados de assistência à saúde. Importante saber que alguns dispositivos da Lei n. 9.656/98 previam a sua aplicação para contrato de planos de saúde celebrados ainda antes de sua vigência, que se deu em janeiro de 1999. Contudo, por força de uma liminar concedida na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 1931, restou estabelecida a não aplicação dos dispositivos da lei para os contratos de planos de saúde celebrados anteriormente à sua edição. Essa decisão baseia-se no artigo 5º, XXXVI, da Constituição Federal, sob o entendimento de que os contratos anteriores à lei (também chamados “contratos antigos”) se constituem em ato jurídico perfeito.</p>	<p>Conforme visto anteriormente, foi a lei que criou a ANS e que rege o seu funcionamento, estabelecendo suas competências e estrutura organizacional.</p>

A relação jurídica entre consumidores e operadoras de planos de saúde é compreendida pelo Judiciário como uma relação de consumo há bastante tempo. Esse entendimento foi reforçado pela edição da [Súmula 469](#), do STJ, em 24/11/2010, que dispõe sobre a aplicação do CDC aos contratos de planos de saúde.





2.1 DA APLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR AOS PLANOS DE SAÚDE

A relação de consumo é uma relação jurídica na qual se identificam, necessariamente, um consumidor e um fornecedor, e entre eles, a compra e/ou venda de um produto ou serviço.

Dessa forma, os contratos de planos de saúde estabelecem uma relação de consumo – **independentemente do tipo de plano, forma/modalidade ou data de contratação** – aos quais se aplicam as disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Necessário ressaltar que, mesmo em contratos coletivos, nos quais verifica-se a existência de empresas intermediárias, a fim de organizar e/ou viabilizar a contratação, a relação de consumo entre o beneficiário do plano de saúde (consumidor) e a operadora (fornecedora) resta configurada.



LEGISLAÇÃO

Segundo o CDC:

Art. 2º- Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.

Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.

Art. 3º- Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante



remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.



A empresa de planos de saúde, por sua vez, é a fornecedora dos produtos e serviços, independentemente da forma de contratação do plano, se individual ou coletivo. A participação de intermediários na contratação coletiva não altera a caracterização da relação de consumo entre a operadora e o usuário, ainda que, em geral, tais intermediários figurem formalmente como contratantes.

Sobre o tema, a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) já emitiu parecer técnico sobre a relação de consumo verificada nos contratos coletivos e necessária observância e aplicabilidade do CDC nesses contratos através da Nota Técnica n. 19/CGEMM/DPDC/SENAICON/2012, onde se lê:

“...conclui-se que a contratação de planos privados de saúde – em qualquer de suas modalidades, quer coletivos, quer individuais – constitui-se, necessariamente, numa relação de consumo prevista no CDC.

Em relação à contratação de planos de saúde coletivos, é importante destacar,



ainda, a figura das Administradoras de Benefícios, as quais tiveram as suas atividades regulamentadas pela ANS, em 2009, através da edição das Resoluções Normativas (RNs) n. 195/2009 e 196/2009.



LEGISLAÇÃO

O artigo 2º da RN n. 196/2009 define a “Administradora de Benefícios de planos de saúde” como 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, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:

I – promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do artigo 23 da RN n. 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.



Em que pese o fato de as atividades exercidas pelas Operadoras de planos de saúde e pelas Administradoras de Benefícios serem diferenciadas, sendo expressamente vedado às Administradoras de Benefícios executarem quaisquer atividades típicas da operação de planos de saúde (Art. 7º da RN n. 196/2009), a regulamentação da ANS inseriu a figura dessas empresas na relação de consumo existente entre as Operadoras de planos de saúde e os consumidores para desempenho das atividades administrativas do plano de saúde.

! IMPORTANTE

As Administradoras de Benefícios podem ou não estar presentes na intermediação de contratos coletivos; contudo, quando presentes, essas empresas possuem suas atividades definidas pela legislação setorial, conforme quadro abaixo:





Realiza as atividades típicas da operação de planos de saúde:

- Precisa de registro na ANS para atuação, de forma regular, no mercado de saúde suplementar.
- É a empresa responsável pela disponibilização dos serviços assistenciais à saúde dos consumidores, ou seja, é responsável para que os consumidores tenham acesso aos serviços contratados (como a autorização de procedimentos e a contratação/credenciamento e manutenção da rede prestadora de serviços de saúde).
- Possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.
- Possui garantias financeiras e ativos garantidores registrados na ANS, a fim de permitir o bom funcionamento do plano de saúde no que diz respeito à sustentabilidade econômico-financeira do plano.

Realiza as atividades administrativas do contrato:

- Precisa de registro na ANS para atuação, de forma regular, no mercado de saúde suplementar.
- É a empresa responsável pelo envio da carteirinha do plano, a emissão de boletos de cobrança e a alteração de dados cadastrais dos consumidores.
- Recebe as propostas de adesão e é responsável (juntamente com a Operadora) pela verificação da legitimidade do consumidor para ingresso no plano de saúde coletivo (comprovação do vínculo coletivo).
- Não possui rede credenciada de prestadores de serviços de saúde.
- Consta no contrato como representante de empresa, conselho, sindicato ou associação profissional contratante.
- Presta apoio técnico na discussão de aspectos operacionais do plano de saúde, tais como negociação do reajuste anual, alterações da rede prestadora credenciada e aplicação de mecanismos de regulação pela Operadora.
- Dependendo do contrato, pode absorver o risco da operadora de planos de saúde quando do atraso ou da inadimplência da mensalidade por parte da empresa, sindicato ou associação profissional contratante para não prejudicar os beneficiários.



A despeito das atividades que desempenham, que, conforme quadro acima, não se confundem com as atividades típicas das operadoras de planos de saúde, as Administradoras de Benefícios equiparam-se às operadoras, no que se refere à submissão à regulação da ANS, conforme disposto no § 2º, do artigo 1º, da Lei n. 9.656/98, segundo o qual:



LEGISLAÇÃO

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

2.2 ATOS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)

Conforme estudado, a ANS possui a atribuição da regulação do setor de planos de saúde no Brasil, através da edição de regras e normas para o setor.

Abaixo serão apresentados os principais atos normativos da Agência; e a conceituação de cada um deles de acordo com o Regimento Interno.

- **Resolução Normativa – RN** (art. 30, II, “a”): expressa decisão normativa que regula a implementação da política de saúde suplementar nacional e a prestação dos serviços de assistência suplementar à saúde, para a definição de instrumentos e sistemas de coletas periódicas de informações, e possui alcance interno e externo.



Dos atos normativos editados pela ANS, a Resolução Normativa (RN) é a mais usada. Através dela, muitas regras relativas aos planos de saúde – que serão apresentadas nos próximos capítulos – são editadas.



IMPORTANTE

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é uma lista, publicada pela ANS através de uma RN, atualizada periodicamente, que contempla os procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde regulamentados, ou seja, contratados após a vigência da Lei de planos de saúde, em 1º de janeiro de 1999

- **Instrução Normativa – IN** (art. 29, I “a”): expressa decisão de caráter normativo e de serviço, para fins de detalhamento de matérias e procedimentos de alcance externo previstos em resoluções normativas.

Dessa forma, as Instruções Normativas detalham, se necessário, pontos específicos das Resoluções Normativas.



IMPORTANTE

Como exemplo, temos a IN n. 41/2012, que dispõe sobre o detalhamento da Resolução Normativa n. 254/2011, que trata da adaptação e migração de contratos antigos (celebrados antes da vigência da Lei n. 9.656/98).

- **Súmulas Normativas** (art.30, III): expressa interpretação da legislação de saúde suplementar, com efeito vinculante a todos os órgãos e agentes públicos da ANS.



As súmulas têm caráter interpretativo de outras normas, inclusive leis. Através delas a ANS expressa entendimento da legislação em uma situação específica.



IMPORTANTE

São exemplos as súmulas que tratam da garantia de inclusão do companheiro homossexual como beneficiário do plano de saúde (Súmula n. 12) ou a que proíbe iniciativas discriminatórias em razão de idade, condição de saúde ou qualquer outro motivo na contratação do plano de saúde (Súmula n. 19).

2.3 ATOS DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU)

O Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) foi criado por meio da Lei n. 9.656/98, como órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde. O CONSU antecedeu a ANS na regulação do setor de planos de saúde.

Posteriormente, a ANS substituiu o CONSU no desenvolvimento do papel regulatório. Contudo, algumas das resoluções editadas anteriormente pelo CONSU permanecem, ainda, vigentes, devendo ser observadas pelas operadoras de planos de saúde. As resoluções do CONSU podem ser consideradas equivalentes às atuais resoluções normativas da ANS.

Atualmente o CONSU possui, dentre outras competências, a de supervisionar e de acompanhar as ações e o funcionamento da ANS (art. 35-4, III, da Lei n. 9.656/98).

Entre as Resoluções do CONSU mais aplicadas para enfrentamento de conflitos de consumo em saúde suplementar, destaca-se a Resolução CONSU n. 08/98 que dispõe sobre as regras a serem observadas pelas operadoras de planos de saúde



na utilização de mecanismos de regulação para controle de acesso aos serviços de saúde, como, por exemplo, a utilização de autorização prévia para realização de procedimentos e/ou constituição de junta médica para dirimir eventuais divergências médicas e/ou odontológicas quando da solicitação de procedimentos .

3 CONCEITOS IMPORTANTES DA LEGISLAÇÃO SETORIAL





3.1 OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE

É a pessoa jurídica que opera e/ou administra os Planos Privados de Assistência à Saúde.

As modalidades de operadoras de planos de saúde são: **administradora de benefícios; cooperativa médica; cooperativa odontológica; autogestão; medicina de grupo; odontologia de grupo; seguradora especializada em saúde; e filantropia.**



A seguir, veja as características de cada uma das modalidades de operadoras de planos de saúde:

A. Administradora de Benefícios

Em que pese o fato de que a Lei de Planos de Saúde, em seu artigo primeiro, haver incluído as Administradoras no conceito de operadoras de planos de saúde, é importante registrar que as atividades dessas empresas diferem das atividades das demais operadoras de saúde.

A Resolução Normativa n. 196/2009 da ANS dispõe sobre as atividades das Administradoras de Benefícios, apresentando o seguinte conceito:

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.

O art. 2º da referida norma estabelece as atividades das Administradoras de Benefícios, entre elas, contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para pessoas jurídicas legitimadas para contratar, bem como oferecimento de planos de saúde para os associados dessas pessoas jurídicas contratantes.

A proibição dessas empresas atuarem como representantes, mandatárias ou



prestadoras de serviços da Operadora de plano de saúde, e, ainda, a vedação à execução de quaisquer atividades típicas da operação de planos de saúde, estão reguladas em seu art. 3º.

Dessa forma, cabe às Administradoras de Benefícios **o oferecimento de planos de saúde de operadoras devidamente registradas na ANS para um grupo específico de pessoas, detentoras de algum vínculo coletivo legítimo para ingresso no plano de saúde pretendido, como por exemplo, para sindicatos, conselhos profissionais e entidades de classe ou associações legalmente constituídas.**

Em resumo, as Administradoras de Benefícios realizam as atividades administrativas do contrato de plano de saúde, tais como a oferta/venda dos planos de saúde e a movimentação cadastral do contrato (inclusão e exclusão de beneficiários no plano) e, ainda, promovem a cobrança individualizada de mensalidades aos usuários, **lhes sendo vedada a realização das atividades típicas da operação de planos de saúde**, como aquelas relacionadas à prestação da assistência à saúde, tais como disponibilização de atendimento e credenciamento de rede prestadora.



IMPORTANTE

Fique atento!!!

As administradoras de Benefícios são obrigadas (assim como as demais operadoras) a solicitarem a devida autorização de funcionamento e registro na ANS para atuarem, de forma regular, no mercado de saúde suplementar.

Para verificar se uma empresa possui registro na ANS, consulte o site da Agência clicando em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/planos-coletivos/administradora-de-beneficios?highlight=WyJhZG1pbmlzdHJhZG9yYXMiXQ>.



B. Cooperativa Médica

Operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos, nos termos da Lei n. 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde. (ANS, 2012, p. 42)

As cooperativas médicas são operadoras constituídas em forma de uma sociedade de médicos cooperados, de interesse comum, que prestam serviços para o seu grupo de beneficiários.

As cooperativas comercializam planos de saúde para pessoas físicas ou jurídicas e podem constituir uma rede de serviços própria ou credenciar rede prestadora de terceiros. As Unimed são os melhores exemplos de cooperativas médicas.

C. Cooperativa Odontológica

Modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui em associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n. 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por odontólogos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos. (ANS, 2012, p. 42)

A diferença entre cooperativa médica e cooperativa odontológica refere-se ao produto oferecido pelas empresas, posto que as cooperativas odontológicas oferecem planos de saúde exclusivamente odontológicos.

Entre as cooperativas odontológicas destacam-se as Uniodontos.

D. Autogestão

Entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados



integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos. (ANS, 2012, p. 22)

São pessoas jurídicas criadas por empresas, associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de categorias profissionais, sem fins lucrativos, com o objetivo de prestar assistência à saúde **exclusivamente** aos seus empregados, aos ex-empregados, aos administradores, aos ex-administradores, aos associados e aos dependentes do grupo familiar. Os planos de saúde de autogestões não são livremente ofertados, em face da obrigatoriedade de comprovação de vínculo específico para ingresso.

Entre as autogestões identificam-se operadoras como, por exemplo, a Fundação de Seguridade Social (GEAP), que oferece planos de saúde aos servidores públicos (ministérios, autarquias etc.) e a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI).

E. Medicina de Grupo

Modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades: administradora, cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde. (ANS, 2012, p. 57)

As medicinas de grupo são empresas constituídas em forma de sociedade, **com fins lucrativos**, criadas especificamente para comercializar Planos Privados de Assistência à Saúde (excetuando as empresas classificadas nas demais modalidades específicas de operadoras) para pessoas físicas ou jurídicas. Podem ter rede própria para atendimento dos beneficiários ou dos prestadores credenciados.

São muitas as Medicinas de Grupo atuantes no mercado de saúde suplementar, tais como: Amil, Intermédica, Hapvida e Saúde Sim.



F. Odontologia de Grupo

Modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera exclusivamente planos odontológicos. (ANS, 2012, p. 61)

As odontologias de grupo são operadoras constituídas em forma de sociedade, **com fins lucrativos** que comercializam exclusivamente planos odontológicos para pessoas físicas ou jurídicas. Podem ter rede própria para atendimento ou prestadores credenciados.

A diferença entre medicina de grupo e odontologia de grupo refere-se ao produto oferecido pelas empresas, posto que as odontologias de grupo oferecem planos de saúde exclusivamente odontológicos.

São exemplos de operadoras exclusivamente odontológicas, classificadas como odontologias de grupo: Odontoprev S/A e Odonto System Planos Odontológicos Ltda.”

As odontologias de grupo e as cooperativas odontológicas se distinguem em razão da forma escolhida para constituição de sua personalidade jurídica. As primeiras têm fins lucrativos e as segundas não.

G. Seguradora Especializada em Saúde

Empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei n. 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro. (ANS, 2012, p. 84)

São empresas constituídas **com fins lucrativos**, especializadas em seguro saúde, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades de seguros.



Conforme previsão legal, Lei n. 10.185/2001, essas empresas enquadram-se na modalidade de operadoras de planos de saúde, devendo obedecer à legislação setorial, editada pela ANS:



LEGISLAÇÃO

Art. 2º- Para efeito da Lei n. 9.656, de 1998, e da Lei n. 9.961, de 2000, enquadra-se o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde e à sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde.

Caracterizam-se por oferecerem aos segurados a livre escolha de prestadores de serviços de saúde e, posteriormente, a **realização do reembolso das despesas, conforme disposição contratual**. Não possuem rede própria para prestação dos serviços, mas podem disponibilizar aos segurados uma rede referenciada de serviços, na qual pagam diretamente aos prestadores de serviços integrantes da rede, em nome de seus segurados.

Algumas das grandes operadoras de planos de saúde são seguradoras, como a Sul América, a Bradesco Saúde e a Porto Seguro Saúde.

H. Filantropia

Modalidade na qual é classificada a operadora que se constitui em entidade **sem fins lucrativos** que opera planos de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS - ANS, 2012, p. 52)



As operadoras de saúde desta categoria são constituídas por Santas Casas Benéficas e outros hospitais cuja personalidade jurídica é filantrópica. Esses hospitais foram inicialmente criados por caridade, a fim de atender os cidadãos sem recursos financeiros. Posteriormente, em face da necessidade de obtenção de fonte alternativa de receita, as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos passaram a ofertar seus próprios planos de saúde.

Não são planos que praticam preços menores ou dirigidos às pessoas carentes. Os planos de saúde de entidades filantrópicas devem obrigatoriamente cumprir a Lei de Planos de Saúde e ofertar todas as coberturas determinadas pela ANS.

Antes da regulamentação do setor, era possível estabelecer diferenças mais nítidas entre as diversas formas contratuais, em especial os seguros-saúde, por serem os únicos a oferecer a modalidade de reembolso de despesas médicas. Hoje, a modalidade de reembolso também é oferecida por outras operadoras, como empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas.



Contudo, é muito importante verificar que diante da Lei n. 9.656/98 todas as modalidades anteriormente apresentadas são consideradas "operadoras de planos de saúde" e estão sujeitas às mesmas obrigações de observação à legislação do setor.





IMPORTANTE

Cartões de desconto não são planos de saúde!

A Agência Nacional de Saúde Suplementar alerta que os cartões de desconto e cartões pré-pagos de saúde não são planos de saúde. Esses serviços, portanto, não são regulados pela ANS, razão pela qual é expressamente proibido às operadoras de planos de saúde comercializarem esses tipos de produtos.

Nesse sentido, é preciso ter atenção ao adquirir esses serviços, isto porque eles não garantem o acesso ilimitado a todos os procedimentos e serviços de saúde que devem, obrigatoriamente, ser garantidos pelos planos de saúde. Para esclarecer as principais dúvidas de consumidores sobre os cartões de descontos e/ou cartões pré-pagos de serviços de saúde, a ANS lançou uma cartilha a fim de identificar as principais diferenças entre esses produtos e os planos de saúde regulamentados. Para conferir o conteúdo da cartilha, clique no endereço: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/miniatura_cartilha_prepago.pdf aqui. Para ter acesso às informações sobre operadoras de planos de saúde registradas na ANS, clique no endereço <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras>.

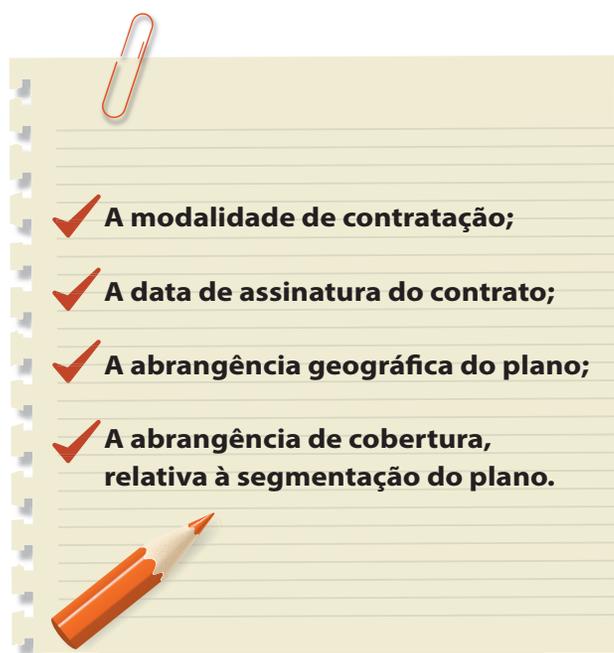
3.2 CARTEIRA DO PLANO DE SAÚDE

A carteira do plano corresponde ao conjunto de contratos comercializados pela Operadora, em qualquer dos tipos de planos privados de assistência à saúde, com todos os direitos e as obrigações neles contidos.



4 CLASSIFICAÇÕES DOS PLANOS DE SAÚDE DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS CONTRATUAIS

Existem diferentes tipos de planos de saúde, os quais podem ser classificados de acordo com:



4.1 MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO

No que diz respeito à modalidade de contratação, o plano de saúde pode ser “individual/familiar” ou “coletivo”.

- **Plano de saúde ou contrato individual/familiar**

Segundo a ANS, o plano individual ou familiar é o instrumento jurídico firmado



legalmente entre uma **operadora** de plano de saúde e uma **pessoa física** para assistência à saúde de um indivíduo ou de um grupo familiar. Caracteriza-se pela livre adesão de consumidores.

- **Plano de saúde coletivo**

Daniela Trettel (2009, p. 26) diferencia os planos individuais ou familiares dos planos coletivos:

Os planos individuais ou familiares diferem dos planos coletivos por existir nestes, na contratação, a intermediação de uma pessoa jurídica entre usuário e operadora de plano de saúde, que pode ser a empresa empregadora do usuário, associação ou sindicato.

Ou seja, o contrato coletivo refere-se ao instrumento jurídico firmado entre uma **operadora** de plano de saúde e uma **pessoa jurídica**, para assistência à saúde, de um grupo de consumidores a ela vinculados devido à relação empregatícia, estatutária, de caráter profissional, classista ou setorial.

A ANS define os contratos coletivos de acordo com a natureza da pessoa jurídica intermediária, classificando-os como **contratos coletivos empresariais** ou **contratos coletivos por adesão**.

O **plano 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 da RN/ANS n. 195/2009).

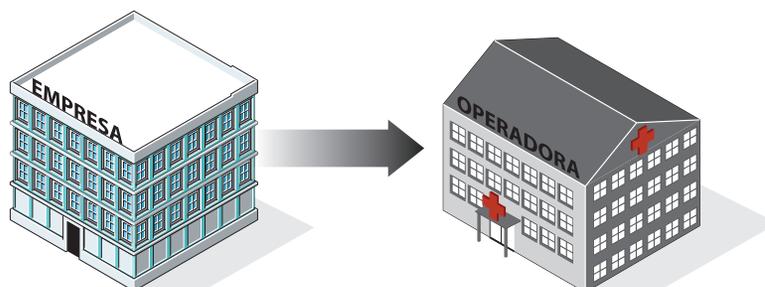
O **plano de saúde coletivo por adesão**, por sua vez, “oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial”, tais como: conselhos profissionais e entidades de classe, sindicatos, associações profissionais legalmente constituídas, caixas de assistência e entidades representativas de estudantes. (Art. 9º da RN/ANS n. 195/2009).

De acordo com o previsto na Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS, que dispõe sobre a classificação dos planos de saúde e regulamenta a sua contratação,

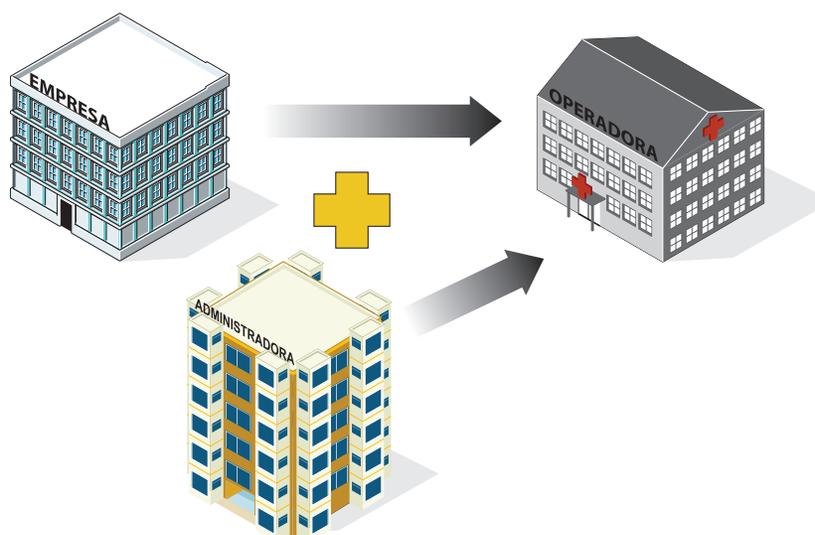


as pessoas jurídicas podem celebrar o contrato do plano coletivo diretamente com a Operadora de plano de saúde ou por meio da intermediação de uma entidade detentora de vínculo associativo (pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial).

Plano de saúde coletivo empresarial



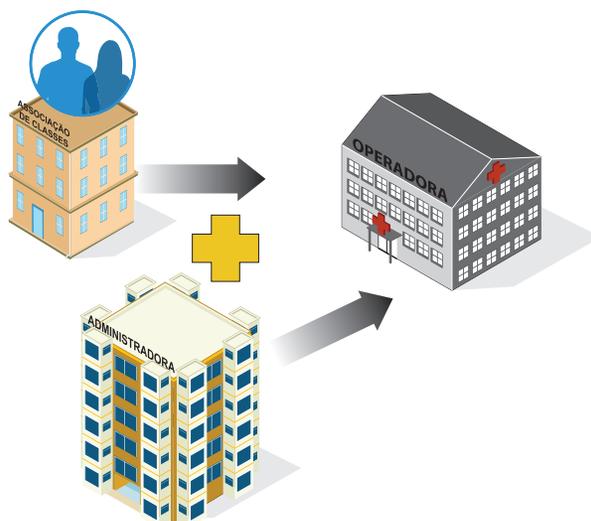
Plano de saúde coletivo empresarial intermediado por uma Administradora de Benefícios





Plano de saúde coletivo por adesão

Entidade detentora de vínculos associativo (pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial).



Como visto anteriormente:



- ✓ As Administradoras de Benefícios atuam como intermediárias na contratação de planos de saúde coletivos.
- ✓ As atividades das Administradoras de Benefícios não se confundem com as atividades das Operadoras de planos de saúde.
- ✓ Tanto as Operadoras de Planos de Saúde, como as Administradoras de Benefícios devem possuir registro na ANS para atuarem no mercado de planos de saúde, o que significa que essas empresas são reguladas e fiscalizadas pela ANS.



Veja a tabela a seguir para relembrar as responsabilidades de cada empresa no contrato:

Administradora de Benefícios	Operadora do plano de saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Realiza as atividades administrativas do contrato, como envio da carteirinha do plano, a emissão de boletos de cobrança e a alteração de dados cadastrais dos consumidores. • Recebe as propostas de adesão e, assim como as operadoras, é responsável pela verificação da legitimidade do consumidor para ingresso no plano de saúde coletivo (comprovação do vínculo coletivo). • Consta no contrato como representante de empresa, conselho, sindicato ou associação profissional contratante. • Presta apoio técnico na discussão de aspectos operacionais do plano de saúde, tais como, negociação do reajuste anual, alterações da rede prestadora credenciada e aplicação de mecanismos de regulação pela Operadora. • Dependendo do contrato, pode absorver o risco da operadora de planos de saúde quando do atraso ou da inadimplência da mensalidade por parte da empresa, sindicato ou associação profissional contratante para não prejudicar os beneficiários. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza as atividades de operação dos serviços assistenciais à saúde dos consumidores, ou seja, é responsável para que os consumidores tenham acesso aos serviços assistenciais contratados – credenciamento de rede prestadora e disponibilização dos atendimentos demandados pelos consumidores. • Possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. • Possui garantias financeiras e ativos garantidores registrados na ANS, a fim de permitir o bom funcionamento do plano de saúde no que diz respeito à sustentabilidade econômico-financeira do plano.

4.2 DATA DE ASSINATURA DO CONTRATO

A data de contratação do plano de saúde é importante, considerando a decisão liminar concedida na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 1931, na qual restou estabelecida a não aplicabilidade da Lei n. 9.656/98 aos contratos de planos de saúde celebrados antes de sua vigência.



- **Contrato ou plano de saúde antigo**

São assim chamados os contratos de planos de saúde assinados antes da vigência da Lei n. 9.656/98, de 2 de janeiro de 1999, e que não foram adaptados à referida lei.

- **Contrato ou plano de saúde novo/regulamentado ou adaptado**

Os contratos de plano de saúde assinados a partir de 2 de janeiro de 1999, data em que entrou em vigor a Lei n. 9.656/98 (Lei de Planos de Saúde), são chamados de “contratos novos” ou “regulamentados”.

É **adaptado** o contrato que foi assinado antes da vigência da referida lei, mas passou por processo de adaptação às regras nela previstas. De acordo com a definição da ANS, prevista na Resolução Normativa n. 254/2011, considera-se:



LEGISLAÇÃO

I – adaptação: aditamento de contrato de plano privado de assistência à saúde celebrado até 1º de janeiro de 1999 para ampliar o conteúdo do contrato de origem de forma a contemplar todo o sistema previsto na Lei n. 9656, de 1998.

Na adaptação contratual, as cláusulas que não conflitam com a Lei de Planos de Saúde permanecem inalteradas. Já a ampliação de cobertura decorrente da adaptação não pode alterar as cláusulas do contrato de origem no que diz respeito aos procedimentos já cobertos.

4.3 ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO DE SAÚDE

Refere-se aos locais (do ponto de vista geográfico) onde há previsão contratual para assistência pelo plano de saúde.

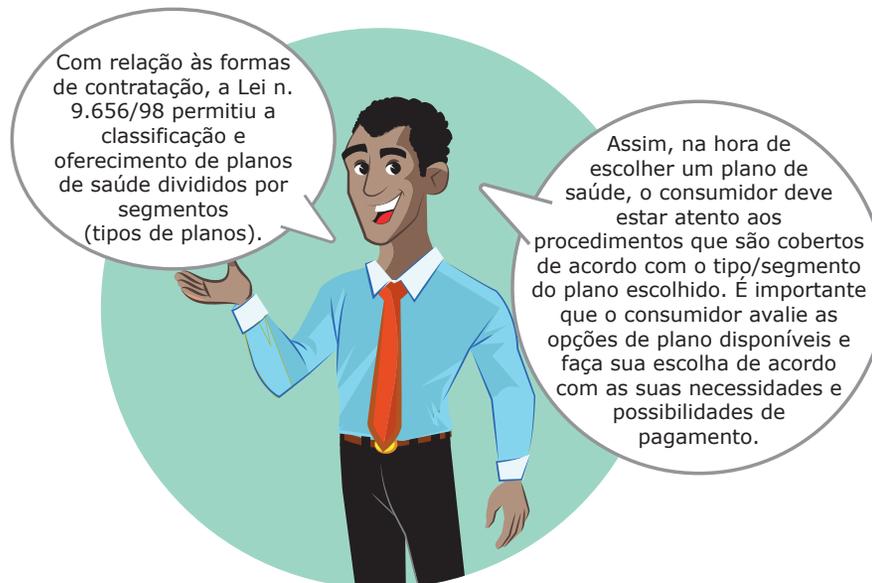


A área de abrangência geográfica deve constar no contrato do plano de saúde e, portanto, vincula à Operadora a garantir a prestação da cobertura assistencial nos locais pactuados.

A área de abrangência geográfica do plano pode conter a especificação nominal de estados ou grupo de estados, municípios ou grupo de municípios; ou ser nacional, ocasião em que o plano de saúde tem atuação em todo o território nacional.

4.4 ABRANGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL – SEGMENTAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

A cobertura assistencial representa o conjunto de procedimentos que o consumidor do plano de saúde tem direito. De acordo com a legislação de saúde suplementar, a amplitude da cobertura assistencial pode variar de acordo com a segmentação do plano de saúde, a abrangência geográfica e o contrato assinado na compra do plano de saúde.





EXEMPLO

Se o consumidor decidir pela contratação de um plano exclusivamente ambulatorial, ele terá direito às consultas e aos exames; no entanto, não terá direito à internação. Veja abaixo as segmentações dos planos de saúde, que podem ser combinadas entre si.

- Plano ambulatorial

Compreende a cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM); e a cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente (art. 12, I, Lei n. 9.656/98).

O plano ambulatorial deverá garantir cobertura para atendimentos de urgência e emergência; contudo, de acordo com a regulamentação vigente (Resolução Consu n. 13/98), essa cobertura limita-se às primeiras 12 horas de atendimento e, quando necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a obrigação da prestação de cobertura pela operadora cessará, ficando a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, sob encargo do consumidor.

Você sabe o que é considerado atendimento de "urgência e emergência", de acordo com a legislação setorial? A Lei n. 9.656/98 apresenta as definições para esses atendimentos:





	<p>URGÊNCIA:</p>	<p>atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.</p>
	<p>EMERGÊNCIA:</p>	<p>atendimentos que implicam em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, <u>caracterizada em declaração do médico assistente.</u></p>

- **Plano hospitalar (sem obstetrícia)**

Segundo a Lei n. 9.656/98 (art. 12, II), a cobertura hospitalar inclui:

1. internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
2. internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
3. despesas referentes aos honorários médicos, aos serviços gerais de enfermagem e à alimentação;
4. exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
5. toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção



do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato em território brasileiro;

6. despesas de acompanhante, conforme preconizado na legislação setorial.

Dessa forma, a cobertura hospitalar corresponde a toda prestação de serviços assistenciais que ocorram em regime de internação hospitalar do consumidor (com exceção da cobertura para parto, que deve ser contratada separadamente). A legislação não admite limite de tempo para internação.

- **Plano hospitalar com cobertura obstétrica**

Conforme visto, compreende a cobertura assistencial para os serviços e os procedimentos realizados em regime hospitalar, também incluída a prestação da assistência para os serviços relacionados ao parto (pré-parto, parto e pós-parto), incluídas as despesas relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante esse período.

Além do parto, é garantida ainda a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, durante os primeiros trinta dias após o parto. Após esse período, deverá ser realizada sua inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção (art. 12, III, Lei n. 9.656/98).

A cobertura obstétrica deve, necessariamente, estar atrelada à contratação de cobertura hospitalar.

- **Plano-referência**

O parágrafo 2º do artigo 10 da Lei n. 9.656/98 determina que todas as Operadoras que comercializam planos de saúde deverão ter disponível para oferecimento o plano-referência. Essa disponibilidade é obrigatória às operadoras. Excluem-se



dessa obrigatoriedade as autogestões e as operadoras que atuam exclusivamente no segmento de planos odontológicos. As demais segmentações podem ou não ser ofertadas, a depender do modelo de negócio adotado pela operadora.

O plano referência possui a cobertura de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e o padrão de acomodação em enfermaria.

De acordo com a legislação setorial, o plano referência deverá garantir a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, para urgência e emergência, após as 24 horas de contratação.

- **Plano odontológico**

É o tipo de plano que garante o atendimento para despesas odontológicas. O atendimento odontológico compreende a cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente; cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia; e cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral (art. 12, IV, Lei n. 9.656/98).

É possível contratar um plano de saúde exclusivamente odontológico ou associar a cobertura odontológica a um plano de assistência médica.



Por fim,
importante verificar que as
segmentações dos planos de saúde
podem ser contratadas separadamente
ou associadas entre si. Assim, temos
que os planos podem ser contratados,
de acordo com as necessidades
do consumidor, das seguintes
formas:

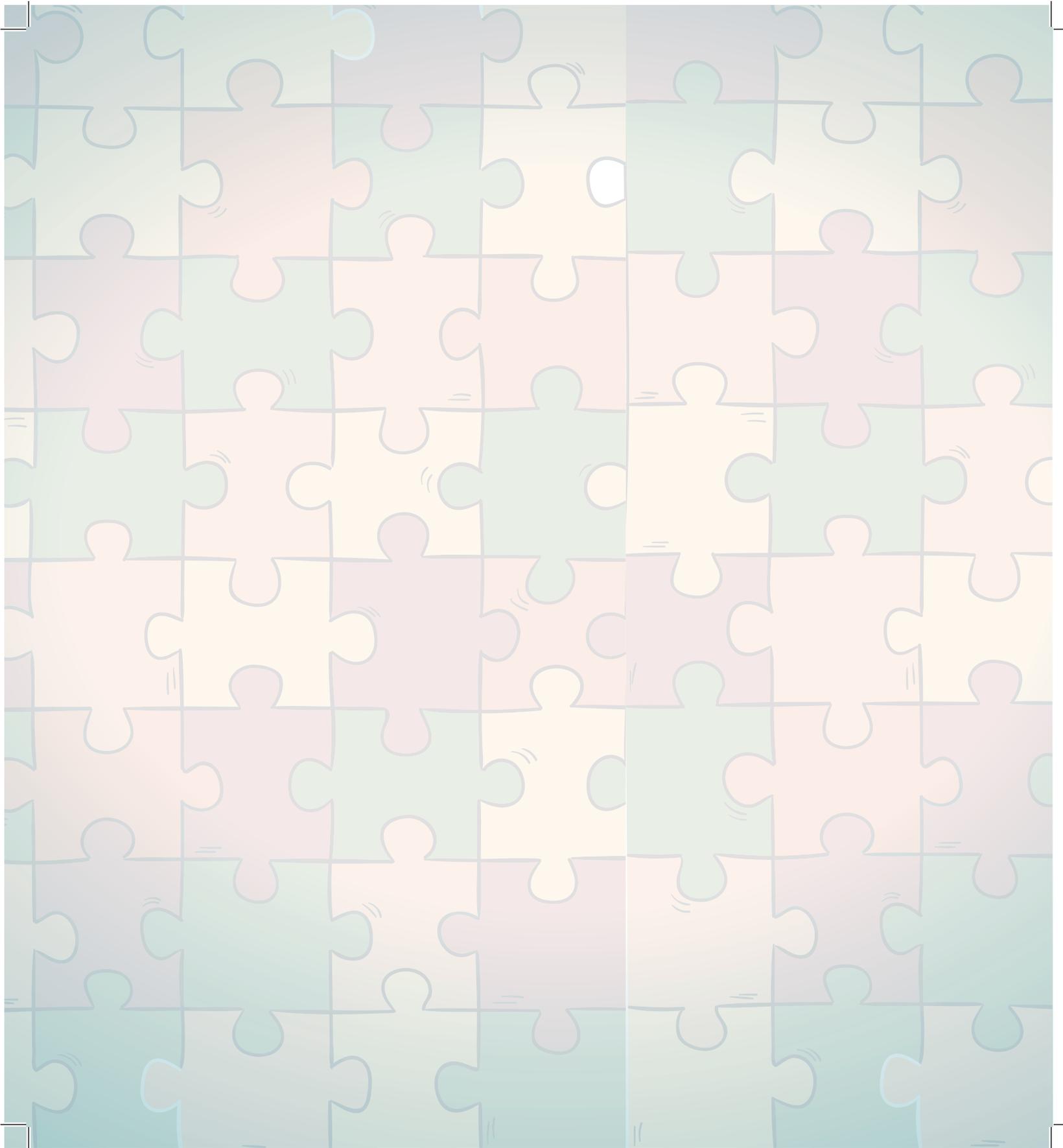


- ✓ **Plano Referência.**
- ✓ **Plano Ambulatorial.**
- ✓ **Plano Hospitalar sem obstetrícia.**
- ✓ **Plano Hospitalar com obstetrícia.**
- ✓ **Plano Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia.**
- ✓ **Plano Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia.**
- ✓ **Plano odontológico.**
- ✓ **Plano Ambulatorial + Odontológico.**
- ✓ **Plano Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico.**
- ✓ **Plano Hospitalar com obstetrícia + Odontológico.**
- ✓ **Plano Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico.**
- ✓ **Plano Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia + Odontológico.**



Capítulo 3

DIREITOS DOS CONSUMIDORES DE PLANOS DE SAÚDE E PRINCIPAIS DESAFIOS





Olá! Seja bem-vindo (a) ao capítulo 3 "Direitos dos Consumidores de Planos de Saúde e Principais Desafios" do Curso Planos de Saúde e Relações de Consumo. Neste capítulo você aprenderá os principais temas da saúde suplementar, relacionados à contratação, carências, troca de plano e portabilidade de carências, cobertura assistencial, urgência e emergência e reajustes dos planos de saúde.



Além disso, também serão pontuadas considerações sobre a legislação setorial, garantias e direitos dos consumidores, bem como desafios do setor sob o ponto de vista da proteção dos direitos dos consumidores de planos de saúde. Vamos começar? Bom estudo!





CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Condições de ingresso e manutenção do contrato

O art. 14 da Lei de Planos de Saúde preconiza que ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde em razão da idade ou por ser portador de deficiência.

Dessa forma, negar ou dificultar a contratação em razão de idade, doença preexistente ou qualquer outra motivação é conduta discriminatória e ilegal.



Tal vedação abrange não só as operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios, como também os corretores, aos quais não é permitido negar a venda do plano de saúde em razão do perfil do consumidor.



Os planos individuais/familiares são de livre adesão, ao contrário dos planos coletivos, que exigem a comprovação de vínculo empregatício (nos casos de planos coletivos empresariais) ou vínculo associativo/sindical (nos casos de planos coletivos por adesão).

Contudo, é necessário observar que, em caso de comprovação do vínculo coletivo para ingresso, vale a mesma regra, qual seja: o consumidor não pode ser impedido de ingressar no plano pretendido, em razão de idade, condição de saúde ou algum outro tipo de conduta discriminatória.



DICA

Ao contratar um plano de saúde, o consumidor deve procurar aquele que mais se adequa às suas necessidades, no que diz respeito à área geográfica de abrangência do contrato e à segmentação do plano de saúde.

Lembre-se de que, por exemplo, em caso de contratação de um plano de saúde exclusivamente ambulatorial, o consumidor terá garantida à prestação da cobertura assistencial para consultas, exames e terapias, porém, o plano não irá cobrir internações. Ainda em relação à abrangência, o consumidor só terá direito à prestação do atendimento em todo o Brasil em caso de contratação de um plano nacional.

Para contratar um plano de saúde, o consumidor deve, ainda, tomar alguns cuidados que garantirão a contratação de operadora de plano de saúde financeiramente saudável e idônea.

Veja a seguir algumas orientações para contratação de planos de saúde:



CAPÍTULO 3 - DIREITOS DOS CONSUMIDORES DE PLANOS DE SAÚDE E PRINCIPAIS DESAFIOS

1

Verificar se a operadora encontra-se em situação regular junto à ANS, ou seja, se possui o devido registro de autorização de funcionamento emitido pela ANS; bem como, se a Operadora não se encontra com problemas técnicos-assistenciais ou financeiros graves, encontrando-se em algum regime de intervenção pela Agência, tais como, Direção Técnica e/ou Direção Fiscal.

2

Consultar o Índice Geral de Reclamações (IGR), disponível no site da ANS, que dispõe sobre o comportamento das operadoras do setor, apresentando o ranking das operadoras mais reclamadas, a cada três meses, de acordo com o porte das empresas (grande, média e pequenas).

3

Consultar o Procon local, a fim de verificar como o plano se comporta em relação ao consumidor (Existem reclamações contra a Operadora? De que tipo? A empresa atende às reclamações e resolve os conflitos?).

4

Solicitar cópia do contrato de plano de saúde e lê-lo atentamente antes de assiná-lo. Além da cópia do contrato, é direito do consumidor (conforme art. 46, CDC) receber informações atualizadas da rede credenciada/referenciada do plano de saúde (médicos, hospitais, laboratórios etc.).

5

Tudo aquilo que o corretor prometer deve ser garantido ao consumidor em documento escrito e por ele assinado. Segundo o CDC, quaisquer promessas realizadas pelo corretor, no momento da venda/oferta do plano, fazem parte do contrato, mesmo que não escritas. Mesmo assim, de maneira preventiva e para evitar desgastes futuros, recomenda-se exigir que o corretor elabore documento escrito e assinado no qual as promessas que não constam (expressas) no contrato, como, por exemplo, possível isenção de cumprimento e/ou redução de carências sejam relacionadas.

6

Considerando as classificações possíveis dos planos de saúde, recomenda-se que o consumidor observe as suas necessidades e de sua família no momento da decisão pelo tipo, abrangência e segmentação do plano de saúde a ser contratado; bem como, em relação à rede prestadora credenciada disponível e o padrão de acomodação desejado.

7

Considerar que o contrato pode impor carências de até 300 dias para partos a termo, de 180 dias para os demais procedimentos e 24 (vinte e quatro) horas para urgências e emergências; bem como, pode impor cobertura parcial temporária de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da contratação, para procedimentos relacionados a doenças preexistentes (considera-se doença ou lesão preexistente - DLP - somente aquela doença que o consumidor saiba ser portador no momento da adesão contratual/ingresso no plano de saúde).

8

Verificar se o plano é coletivo ou individual (no plano coletivo o índice de reajuste anual não é definido pela ANS e existem condições diferenciadas quanto à manutenção, suspensão e cancelamento do contrato pela operadora).



1.1 PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE PELO CONSUMIDOR



DESTAQUE

Atenção! Os próximos conceitos são muito importantes para compreensão do conteúdo e serão utilizados ao longo de todo o capítulo.

De acordo com a Resolução Normativa n. 162/2007 da ANS, temos que:

DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE – DLP: refere-se a eventual patologia ou condição de saúde que o consumidor (ou o seu representante legal) saiba ser portador no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT: é um período de tempo, contado a partir da contratação ou da adesão ao plano de saúde, em que a operadora pode suspender a cobertura de atendimentos, desde que exclusivamente relacionados à eventuais DLPs declaradas pelo consumidor ou por seu representante legal. O período máximo permitido para CPT é de 24 meses, a partir da contratação ou adesão ao plano de saúde. A CPT só pode suspender a cobertura assistencial para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos. Os demais atendimentos - mesmo que relacionados à DLP - devem ser cobertos pelo plano de saúde.

AGRAVO: é um acréscimo temporário no valor da mensalidade do plano de saúde para que o consumidor tenha direito à cobertura integral contratada (após o cumprimento dos prazos de carências legais), ainda que relacionada à DLP declarada. Assim, a contratação do agravo ocorre em substituição à CPT, contudo, a oferta do agravo é facultativa às operadoras de planos de saúde. Se o agravo for ofertado, deve ser proporcional ao risco adicional suportado pela operadora de plano de saúde e se estender pelo prazo máximo de 24 meses, assim como seria se a CPT fosse cumprida integralmente, sob pena de restar caracterizada prática abusiva.



A Declaração de Saúde consiste em um formulário, elaborado pela operadora, que deverá ser preenchido pelo consumidor no momento da contratação do plano de saúde. Trata-se de um questionário para registro de informações acerca das DLPs de que o consumidor saiba ser portador, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.

A legislação setorial permite que a operadora exija o preenchimento da Declaração de Saúde pelo consumidor na assinatura da Proposta de Adesão ao contrato de plano de saúde, bem como permite a imposição de CPT ao consumidor em casos específicos ou o oferecimento de agravo ao consumidor, em substituição à CPT.

É dever do consumidor de planos de saúde, quando expressamente solicitado pela operadora de plano de saúde na contratação, informar ser portador de DLP quando tiver conhecimento do fato.

A omissão da informação sobre DLP pode gerar o cancelamento justificado do contrato pela operadora de plano de saúde sob a alegação de fraude do consumidor na contratação.

No entanto, é direito do consumidor ser auxiliado por médico pertencente à lista de profissionais da rede da operadora no preenchimento da Declaração de Saúde, sem qualquer cobrança. Caso o consumidor opte por ser assistido por médico não credenciado, deverá arcar com os custos.



DESTAQUE

A Declaração de Saúde deve fazer referência, exclusivamente, às doenças ou às lesões de que o consumidor saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação, não sendo permitidas perguntas sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos.

Mas, atenção: doença ou lesão preexistente é somente aquela que o consumidor



saiba ser portador no momento da contratação. Assim, se o consumidor tem uma doença ou lesão, mas não tem conhecimento desse fato no momento da contratação, não se trata, para fins legais, de preexistência.

A exigência de exames complementares para a contratação não é considerada pelo Poder Judiciário uma prática abusiva da operadora. Cabe a ela, todavia, arcar com os custos de tais exames.

AANS entende que, se a operadora solicitou a realização de exames ou submeteu o consumidor à perícia médica antes da contratação, não poderá, posteriormente, alegar a omissão de doença ou lesão preexistente.

Transcorrido o prazo de 24 meses da contratação do plano de saúde, a Operadora não poderá mais exigir CPT do beneficiário.

Da mesma forma, transcorrido o prazo de 24 meses, em caso de troca de plano pelo consumidor (titular ou dependente), na mesma operadora, na mesma segmentação e sem interrupção de tempo, a Operadora não poderá solicitar ao consumidor o preenchimento de nova Declaração de Saúde.



SAIBA MAIS

JURISPRUDÊNCIA

A empresa que explora planos de saúde e admite associado sem prévio exame de suas condições de saúde, e passa a receber as suas contribuições, não pode, ao ser chamado ao pagamento de sua contraprestação, recusar a assistência devida sob a alegação de que o segurado deixará de prestar informações sobre o seu estado de saúde.

O segurado é um leigo, que quase sempre desconhece o real significado dos termos, cláusulas e condições constantes dos formulários que lhe são apresentados. Para reconhecer a sua malícia, seria indispensável a prova de



que: 1) realmente, fora ele informado e esclarecido de todo o conteúdo do contrato de adesão; e, ainda, 2) estivesse ciente das características de sua eventual doença, classificação e efeitos.

A exigência de um comportamento de acordo com a boa-fé recai também sobre a empresa que presta assistência, pois ela tem, mais do que ninguém, condições de conhecer as peculiaridades, as características, a área do campo de sua atividade empresarial, destinada ao lucro, para o que corre um risco que deve ser calculado antes de se lançar no empreendimento.

O que não se lhe pode admitir é que atue indiscriminadamente, quando se trata de receber as prestações, e depois passe a exigir estrito cumprimento do contrato para afastar a sua obrigação de dar cobertura às despesas. (STJ, 4ª Turma, RESP 86.095/SP, Relator Ministro Ruy Rosado de Aguiar, Julgado em 22/4/1996)

SEGURO-SAÚDE. Doença preexistente. AIDS.

Omissa a seguradora tocante à sua obrigação de efetuar o prévio exame de admissão do segurado, cabe-lhe responder pela integralidade das despesas médico-hospitalares havidas com a internação do paciente, sendo inoperante a cláusula restritiva inserta no contrato de seguro-saúde. (STJ, 4ª Turma, RESP 234.219/SP, Relator Ministro Ruy Rosado de Aguiar, Julgado em 15/5/2001).

Seguro saúde. Má-fé. Exclusão da cobertura de AIDS. Precedentes da Corte.

1. Não é possível presumir-se a má-fé da segurada sobre a preexistência da doença sem respaldo em prova técnica e, ainda, neste caso, sem que sequer tenha sido alegada e demonstrada pela seguradora.

2. São muitos os precedentes da Corte que acolhem a nulidade, por abusiva, da cláusula que exclui a cobertura da AIDS.

3. Recurso especial conhecido e provido. (STJ, 3ª Turma, RESP 617.239/MG, Relator Ministro Carlos Alberto Menezes de Direito, Julgado em 14/9/2004).



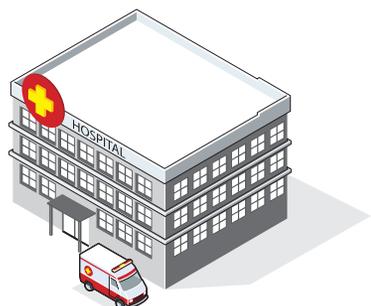
1.2 Rede Prestadora de Serviços de Saúde

Segundo o Código de Defesa do Consumidor (arts. 30 e 34), as condições acordadas no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde, ainda que realizadas pelo corretor ou pelo representante da Administradora de Benefícios, são parte do contrato, mesmo que não escritas.

Porém, de modo preventivo, para evitar desgastes futuros, o consumidor deve exigir a elaboração de documento escrito e assinado no qual as promessas/ofertas que não constem devidamente expressas no contrato, como, por exemplo, a isenção de cumprimento e/ou redução de carências, sejam relacionadas.

1.3 REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS

É o conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Para mais informações, consulte o Glossário Temático Saúde Suplementar – Ministério da Saúde e ANS.



Conforme disposto no artigo 17 da Lei de Planos de Saúde, a inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado, implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, **permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.**



Nos casos de redimensionamentos da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar autorização à ANS.

Nos casos de substituição de entidades hospitalares, a operadora deverá, também, notificar previamente a ANS sobre a alteração do estabelecimento de saúde (mínimo de 30 dias de antecedência) que, por sua vez, só será possível quando da substituição por outro hospital equivalente.

Da mesma forma, é obrigação imputada à Operadora proceder a devida e prévia notificação aos consumidores sobre a substituição (no mesmo prazo).



Na hipótese em que a substituição do estabelecimento hospitalar, por vontade da operadora, ocorrer durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

Excetuam-se do prazo previsto para notificação, apenas os casos de substituição de estabelecimento hospitalar decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. Nesses casos, na ocorrência de internação de consumidores, a operadora deverá arcar com a responsabilidade pela transferência imediata do paciente para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

A Resolução Normativa n. 285/2011 da ANS dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras nos seus Portais Corporativos na Internet. A exigência disposta na norma facilita ao consumidor a pesquisa sobre os prestadores de saúde disponíveis para o seu plano, como também, cria a possibilidade para que qualquer cidadão pesquise informações sobre a rede credenciada de prestadores disponíveis de qualquer operadora de saúde do país.



1.4 TAXA DE ADESÃO CONTRATUAL

De acordo com os órgãos e entidades de defesa do consumidor, a cobrança de taxa de adesão para contratação de plano de saúde é considerada irregular, posto que ainda não foi prestado serviço ao consumidor, configurando-se exigência de vantagem manifestamente excessiva, caracterizada como prática abusiva pelo CDC.



Em suma, refere-se, é entendimento da ANS, por sua vez, que é possível a cobrança de taxa pelas Administradoras de Benefícios e/ou corretoras contratadas por elas. No setor, a referida taxa é denominada de taxa de angariação, taxa de administração, taxa de adesão, taxa de corretagem, ou outro semelhante. Em suma, se refere a um valor cobrado ao beneficiário de planos privados de assistência à saúde, pago uma única vez, com a finalidade de cobrir despesas administrativas, em especial o serviço de corretagem.

Eventual pagamento de taxa de angariação pelo beneficiário de plano de saúde ao corretor não representa nada mais do que uma contraprestação a um serviço desempenhado, de modo que a ANS não é dado determinar parâmetros para tal relação. Trata-se de operação regulada eminentemente pelo Direito Civil, sem norma regulatória tratando de forma diversa. Isso posto, não há óbice a cobrança de taxa de angariação para remunerar tais serviços.

Todavia, em que pese não existir vedação regulatória para que a Administradora ou corretores que prestam serviço de corretagem, efetuem a cobrança da citada taxa, tal cobrança não poderá induzir o beneficiário ao erro que está assinando os documentos de contratação, especialmente quanto a expectativa de início de vigência do contrato do plano de saúde. A indução a erro pode ocorrer em duas hipóteses. A primeira, na hipótese de o instrumento de adesão contratual não prever expressamente e com clareza que essa taxa não se confunde com o pagamento da contraprestação pecuniária do plano de saúde, mas sim aos serviços administrativos desempenhados. E, a segunda, se o valor cobrado a título de taxa de angariação for idêntico ao valor



da primeira contraprestação pecuniária do plano de saúde, o que certamente induz à impressão do pagamento da primeira mensalidade.

Dessa forma, entende-se possível a cobrança de taxa, desde que observadas duas exigências cumulativas, a fim de não ocorrer indução a erro do consumidor, quais sejam: (1) o beneficiário precisa saber claramente no ato da contratação para que fins está pagando a taxa de angariação e que aquele valor não se confunde com o pagamento à operadora da primeira contraprestação pecuniária. Caso o contrário é natural que o beneficiário entenda que o seu plano de saúde esteja vigente, portando se achar no direito de procurar um profissional de saúde a partir daquele momento; e nesse contexto, acrescenta-se mais uma exigência a ser observada, (2) é fundamental que haja expressa e clara previsão no instrumento contratual sobre o dia de início de vigência do seu plano de saúde.

Em resumo, tem-se pela não caracterização de infração à legislação em saúde suplementar na hipótese de cobrança de taxa de angariação, taxa de administração, taxa de adesão, taxa de corretagem, ou outro semelhante, como remuneração dos serviços prestados pelas Administradoras de Benefícios e/ou corretores que prestam serviço de corretagem, desde que cumpridos cumulativamente os seguintes requisitos:

a) que o valor da referida taxa seja diferenciado do valor da mensalidade do plano de saúde; e

b) que o beneficiário seja comprovadamente cientificado, no ato de sua adesão ao plano privado de assistência à saúde, que a cobrança da referida taxa não representa o pagamento da primeira mensalidade, o que deverá estar previsto no instrumento contratual pactuado entre as partes; bem como, que lhe seja dada comprovada ciência da data do início de vigência do seu contrato, que pelos motivos expostos, poderá ser fixada para data posterior ao pagamento efetuado.



1.5 INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE DEPENDENTE NO PLANO DE SAÚDE

Em contratos familiares, é possível que o consumidor inclua, dentre seus dependentes, filhos, cônjuges e companheiros (inclusive do mesmo sexo). A possibilidade de inclusão de pais, sogros e irmãos depende de previsão contratual.

Já nos contratos coletivos, a possibilidade de inclusão de dependentes está sujeita à previsão contratual, e estes poderão ter parentesco máximo de terceiro grau consanguíneo (tios, avós, pais, bisavós, irmãos, filhos, netos, bisnetos) e até o segundo grau de parentesco por afinidade (marido/esposa, genros, sogros), conforme disposto nos arts. 5º, §1º, VII e 9º, §1º, da Resolução Normativa n. 195/09 da ANS

A Súmula Normativa nº 12/2010 da ANS determina que, para fins de aplicação à legislação de saúde suplementar, entende-se por companheiro de beneficiário titular de plano privado de assistência à saúde pessoa do sexo oposto ou do mesmo sexo.

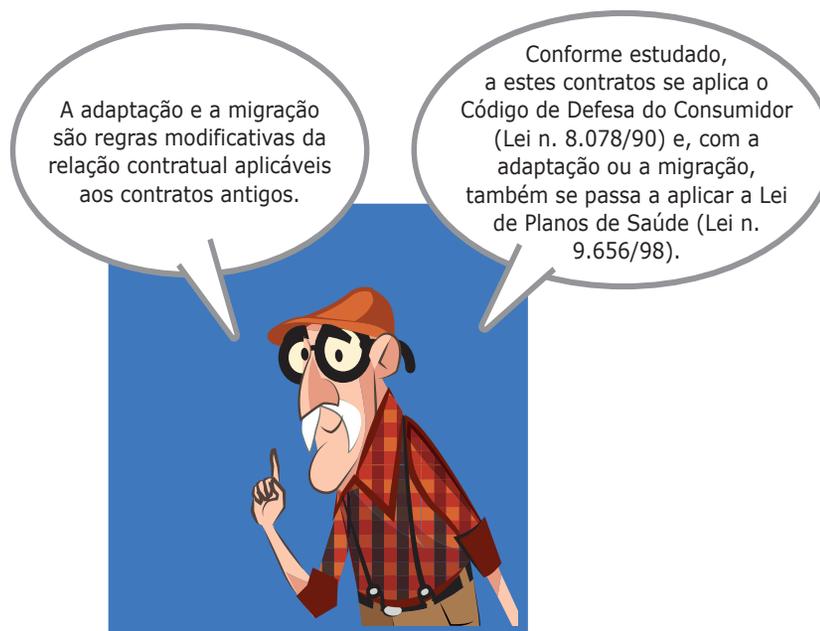
E se a previsão for de inclusão de filhos, a legislação não permite que haja diferenciação entre filhos naturais e adotivos.



Com relação à exclusão de dependente, o pedido pode ser realizado a qualquer momento, com a redução do percentual da mensalidade que a ele se refere.



1.6 Adaptação e Migração Contratual



As regras para adaptação contratual e migração encontram-se dispostas na Resolução Normativa n. 254/2011 da ANS.



IMPORTANTE

O consumidor tem o direito adquirido de permanecer com o contrato antigo, caso assim deseje. Portanto, nenhuma adaptação ou migração pode ser imposta ao consumidor. Da mesma forma, caso o consumidor deseje adaptar o seu contrato ou migrar para novo contrato, deve ter este direito garantido pela operadora.



Por ocasião da aceitação da proposta de adaptação ou de migração, as operadoras de planos de saúde não podem solicitar o preenchimento de Declaração de Saúde para fins de declaração de conhecimento prévio de DLP. Contudo, em caso de o consumidor encontrar-se em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT) no momento da adaptação ou migração, deverá continuar a cumpri-la no contrato adaptado ou no novo contrato, até o final do prazo estipulado no contrato de origem, limitado em 24 (vinte e quatro) meses a contar da data de ingresso do beneficiário no contrato de origem, tanto para os procedimentos que já eram pelo contrato de origem cobertos, quanto para os novos procedimentos cobertos a partir da adaptação ou da migração, relacionados à Doença ou à Lesão Preexistente que motivou a CPT.

A decisão de adaptar o contrato antigo ou migrar para novo contrato é irrevogável, o que significa que uma vez efetivada a adaptação ou a migração, não é possível o retorno ao contrato de origem. Excetuam-se a essa regra, obviamente, os casos nos quais a manifestação de vontade do consumidor é viciada, ou seja, quando há erro, dolo ou coação (art. 138 e seguintes, Código Civil).

ADAPTAÇÃO CONTRATUAL



Refere-se ao **aditamento do contrato** de plano de saúde, ampliando-se o conteúdo do contrato de origem de forma a contemplar todo o sistema previsto na Lei n. 9.656/98.

MIGRAÇÃO CONTRATUAL



Refere-se à **celebração de novo contrato**, ou seja, o consumidor realiza a troca de um contrato de plano de saúde antigo para um contrato regulamentado.

- ▶ Em caso de solicitação de adaptação contratual, a operadora tem o prazo de até 05 (cinco) dias úteis para oferecimento da proposta de adaptação ao consumidor.
- ▶ A adaptação contratual produzirá efeitos para todos os consumidores vinculados ao contrato.
- ▶ Na adaptação, as cláusulas do contrato antigo que não contrariam a legislação setorial vigente devem ser mantidas, sendo obrigatória a adaptação das cláusulas dissonantes.
- ▶ Importante!!! Com a adaptação do contrato, a cobertura assistencial do plano de saúde passa a ser vinculada aos normativos da ANS e à devida observância ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; contudo, devem ser respeitadas eventuais ampliações de cobertura já previstas no contrato original (antigo). Ou seja, no caso de eventualmente o contrato antigo prever a cobertura para procedimentos que não constem no Rol da ANS



vigente, essas coberturas contratadas devem ser preservadas com a adaptação contratual.

- ▶ Quando a adaptação de contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo do ajuste da adaptação deve ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, sendo o reajuste máximo limitado a 20,59%.
- ▶ O aumento na contraprestação pecuniária em função da adaptação não se confunde com o reajuste anual do plano de saúde, podendo ser cobrado a partir da entrada em vigor do aditivo contratual.
- ▶ A proposta de adaptação de contratos deve ser redigida de forma clara e precisa, em linguagem de fácil compreensão, sendo obrigatório dar destaque às cláusulas restritivas de direitos dos beneficiários, às cláusulas que submetam o exercício de direitos pelos beneficiários a condições ou termos, e às cláusulas de reajuste anual e por faixa etária.
- ▶ Em caso de solicitação de migração contratual, é obrigatório o oferecimento imediato pela operadora da proposta de migração ao consumidor.
- ▶ A migração pode ser exercida individualmente ou por todo o grupo familiar vinculado ao contrato, mediante o requerimento de cada beneficiário.
- ▶ Importante!!! A migração de planos de saúde é direito garantido a consumidores de planos de saúde antigos dos tipos individuais/familiares e planos coletivos por adesão, desde que o plano de destino escolhido seja, também, individual/familiar ou coletivo por adesão; de tipo compatível com o plano de origem (conforme disposição da ANS, contido no Anexo da RN n. 186/2009); e sua faixa de preço seja igual ou inferior à faixa de preço em que se enquadra o valor do plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de migração.
- ▶ No caso de o plano de destino ser coletivo por adesão, a migração requer a comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante.
- ▶ Com a migração, a cobertura assistencial e as condições de acesso aos serviços de saúde serão aquelas definidas na Lei n. 9656/98, garantindo-se as coberturas do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, de acordo com a segmentação do plano de saúde contratado (Importante!!! Ao contrário do que ocorre na adaptação, com a migração não serão resguardadas as coberturas assistenciais previstas no contrato de origem, que sejam incompatíveis com a legislação setorial vigente).

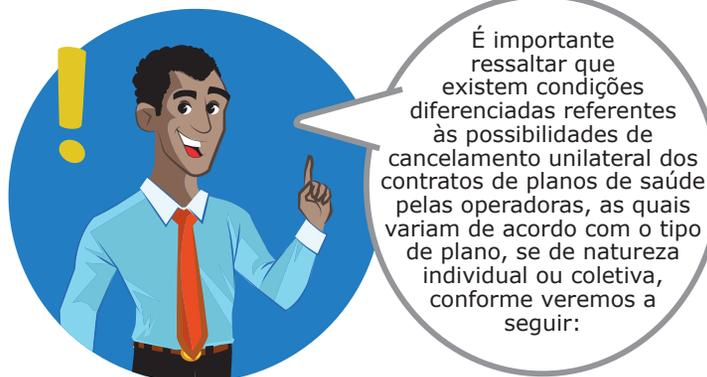
1.7 CANCELAMENTO DO CONTRATO A PEDIDO DO CONSUMIDOR

É direito do consumidor cancelar o contrato a qualquer momento, sendo necessário comunicar oficialmente a operadora de plano de saúde ou a Administradora de Benefícios acerca do cancelamento.

Para evitar transtornos, recomenda-se que a solicitação de cancelamento seja realizada por escrito, com comprovação de recebimento pela operadora/administradora (carta com Aviso de Recebimento, *e-mail* etc).



1.8 CANCELAMENTO DO CONTRATO PELA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE



DESTAQUE

A rescisão unilateral de contratos de planos individuais ou familiares pela operadora é expressamente vedada pela Lei n. 9.656/98, exceto em constatação de fraude do consumidor ou em razão de inadimplência do pagamento do plano de saúde.

Conforme estudado, a fraude está configurada quando o consumidor deliberadamente mente ou omite informações de seu conhecimento sobre seu estado de saúde no momento do preenchimento da Declaração de Saúde. Também, pode ser verificada a fraude em situações em que o consumidor empreste a sua carteira de identificação do plano para que terceiro a utilize.

Destarte, tem-se que é vedada a suspensão ou rescisão unilateral dos contratos de planos de saúde individuais/familiares; contudo, conforme expressamente disposto no parágrafo único, inciso II, do artigo 13 da Lei n. 9.656/98 é permitida a rescisão



desses contratos quando do não pagamento da mensalidade pelo consumidor por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, e **desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.**

O inciso III, do parágrafo único, do referido artigo, também, proíbe, expressamente, a suspensão ou a rescisão unilateral dos contratos de natureza individual, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

No que se refere aos contratos de planos de saúde de natureza coletiva, a legislação setorial, por sua vez, dispõe que as condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura devem obedecer ao que estiver devidamente disposto no contrato celebrado entre as partes.

É necessário observar que, em relação aos contratos coletivos, ao contrário da disposição legal expressa para contratos individuais/familiares, não existem regras protetivas ao consumidor na legislação setorial vigente, no que diz respeito às possibilidades de afastamento do consumidor do contrato coletivo/suspensão de atendimento, nos casos de inadimplência do consumidor, devendo essas condições obedecerem ao disposto no Instrumento Contratual.



Em que pese a lacuna na regulamentação setorial, cláusulas contratuais que permitam a suspensão imediata da cobertura do plano de saúde em caso de inadimplência do consumidor, ou que permitam o desligamento do consumidor do contrato por inadimplência em período inferior a 60 dias, ou, ainda, que não contemplem a obrigatoriedade da devida notificação prévia ao consumidor sobre o seu desligamento do contrato de plano de saúde, são consideradas abusivas pelos órgãos de proteção e defesa do consumidor e, da mesma forma, têm sido consideradas abusivas pelo Poder Judiciário.



Além disso, a operadora, ao proceder o desligamento (unilateral) do beneficiário do contrato, sem prévia notificação, representa desvantagem excessivamente onerosa para o consumidor, contrariando os princípios da boa-fé e da equidade



Observe que também são abusivas as cláusulas que preveem a submissão do consumidor a novo prazo de carência em razão de eventual suspensão do contrato por inadimplência.



SAIBA MAIS

JURISPRUDÊNCIA

PLANO DE SAÚDE. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA. SUSPENSÃO DE ATENDIMENTO. ATRASO DE ÚNICA PARCELA. DANO MORAL. CARACTERIZAÇÃO.

I - É abusiva a cláusula prevista em contrato de plano de saúde que suspende o atendimento em razão do atraso de pagamento de uma única parcela. Precedente da Terceira Turma. Na hipótese, a própria empresa seguradora contribuiu para a mora, pois, em razão de problemas internos, não enviou ao segurado o boleto para pagamento.

II - É ilegal, também, a estipulação que prevê a submissão do segurado a novo período de carência, de duração equivalente ao prazo pelo qual perdurou a mora, após o adimplemento do débito em atraso.

III - Recusado atendimento pela seguradora de saúde em decorrência de cláusulas abusivas, quando o segurado encontrava-se em situação de urgência e extrema necessidade de cuidados médicos, é nítida a caracterização do dano moral. Recurso provido.

(STJ, 3ª Turma, RESP 259263/SP, Relator Ministro Castro Filho, Julgado em 2/8/2005)

1.9 MANUTENÇÃO DO CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL PARA APOSENTADOS E DEMITIDOS

A Lei n. 9.656/98 e as posteriores regulamentações da ANS garantem ao consumidor de plano coletivo empresarial o direito de manutenção do plano de saúde nos casos de demissão/exoneração sem justa causa ou de aposentadoria, desde que o consumidor assumo o seu pagamento integral.



Para ter direito a permanecer no plano de saúde após a aposentadoria ou demissão/exoneração sem justa causa é necessário que o consumidor tenha contribuído com o pagamento mensal do plano. Ou seja, esse direito não se aplica para os planos de saúde que são pagos integralmente pela empresa aos seus empregados (planos de saúde 100% patrocinados pelas empresas empregadoras). Importante registrar que a parcela de contribuição do consumidor para ter acesso ao benefício deve se referir ao pagamento da mensalidade do plano, o que não se confunde com o pagamento de eventuais coparticipações por utilizações ou franquia.



IMPORTANTE

FIQUE ATENTO! Em caso de o consumidor não ser notificado pela empresa sobre a possibilidade de permanência no plano de saúde, o consumidor deverá entrar em contato com a área de Recursos Humanos (RH) de sua empresa empregadora para buscar informações sobre os seus direitos.

O consumidor deverá solicitar a sua permanência no contrato em até 30 (trinta) dias após a sua aposentadoria ou demissão/exoneração sem justa causa.

O tempo permitido para permanência no plano de saúde também pode variar, de acordo com o tempo em que o consumidor ficou vinculado ao plano de saúde. Veja o exemplo abaixo de acordo com cada imagem.

	Aposentado que tenha permanecido por 10 anos ou mais vinculado ao plano de saúde da empresa empregadora.	Poderá permanecer no plano indefinidamente, enquanto a empresa mantiver o plano de saúde para os empregados ativos.
-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p>Aposentado que tenha permanecido por menos de 10 anos vinculado ao plano de saúde da empresa empregadora.</p>	<p>Poderá permanecer no plano por um ano para cada ano em que ficou vinculado ao plano de saúde da empresa. Se o período que ficou vinculado ao plano for inferior a um ano, o direito será equivalente ao mesmo tempo em que ficou vinculado e contribuindo para o pagamento do plano.</p> <p>Exemplo 1: o trabalhador ficou cinco anos pagando pelo plano. Poderá ficar com o plano por cinco anos após se aposentar (desde que assuma o pagamento do plano).</p> <p>Exemplo 2: o trabalhador ficou 10 meses pagando pelo plano. Poderá permanecer com o plano por 10 meses (desde que assuma o pagamento do plano).</p>
	<p>Ex-empregado, demitido ou exonerado sem justa causa</p>	<p>Poderá permanecer no plano o equivalente a 1/3 do tempo total de pagamento do plano de saúde, sendo o mínimo de seis meses e o máximo de dois anos.</p> <p>Exemplo 1: O trabalhador pagou pelo plano por três meses. Poderá permanecer por seis meses, pois a lei garantiu o mínimo de seis meses.</p> <p>Exemplo 2: o trabalhador pagou pelo plano por nove anos. Poderia ficar por três anos, mas a lei limitou ao período máximo de dois anos.</p>

Para saber mais sobre esse tema, veja o BOLETIM N. 02/2016 – SENACON/ANS <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/consumidor/educacao-para-o-consumo/boletim-consumo-e-planos-de-saude/anexos/boletim-02-ans-e-senacon.pdf>.



1.10 MANUTENÇÃO DO CONTRATO, EM CASO DE FALECIMENTO DO TITULAR DO PLANO DE SAÚDE

Segundo o art. 3º, §1º da Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS, a extinção do vínculo do titular do plano individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes. Portanto, é direito do consumidor que tem plano de saúde familiar, na condição de dependente, permanecer no plano caso o titular venha a falecer, assumindo as obrigações como novo titular.

Caso o contrato seja coletivo e decorra de relação empregatícia, associativa ou sindical referente apenas ao titular, os seus dependentes têm o direito de exercer portabilidade de carências, nos termos do artigo 8º da Resolução Normativa nº 438/2018.



Além disso, existem contratos de planos de saúde nos quais há a previsão de cláusula de remissão, segundo a qual os dependentes, em caso de morte do titular, podem permanecer no plano de saúde sem pagamento de mensalidade por determinado tempo.



LEGISLAÇÃO

Súmula Normativa ANS n. 13, de 3 de novembro de 2010:

“o término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo”.

O direito do beneficiário titular à manutenção do plano de saúde, disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, nos casos de aposentadoria ou demissão/exoneração sem justa causa se estende aos dependentes, já cobertos pelo plano no caso de falecimento do titular nas mesmas condições asseguradas e desde que os dependentes assumam o pagamento do plano.

2 CARÊNCIAS E PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT) permitidas pela legislação setorial

Carência é um período, logo após a contratação do plano de saúde, em que o consumidor ainda não tem acesso a todas as coberturas assistenciais contratadas. É um período ininterrupto, contado a partir do ingresso do beneficiário no plano de saúde. Nesse período, as mensalidades são pagas, mas o beneficiário, ainda, não tem acesso a todas as coberturas assistenciais previstas no seu plano.



Os prazos máximos de carência permitidos na Lei n. 9.656/98 são:

- 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência;
- 300 (trezentos) dias para parto a termo;
- 180 (cento e oitenta) dias para demais casos.

Devem constar no instrumento contratual, de forma destacada, os prazos de carência estipulados pela operadora para o plano de saúde, observados os prazos máximos estabelecidos na Lei de planos de saúde.

Cobertura Parcial Temporária - CPT: é um período ininterrupto de até 24 meses, de suspensão da cobertura assistencial de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal no momento do ingresso no plano de saúde.



IMPORTANTE

Lembre-se: a CPT não se confunde com as carências legais permitidas aos planos de saúde.

A CPT não é aplicada para todos os procedimentos, mas apenas para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) (assim identificados no Rol de procedimentos da ANS), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos demandados pelo consumidor que estejam, diretamente, relacionados à doença ou lesão preexistente (DLP) declarada pelo consumidor na contratação do plano de saúde através da Declaração de Saúde.

O período máximo que a operadora pode impor CPT ao consumidor, por sua vez, é de até 24 meses da contratação do plano de saúde.



	Carências	Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo
Plano Coletivo empresarial	Com número de participantes igual ou superior a 30 consumidores: não é permitida a exigência de cumprimento de carências, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica intermediária. Com menos de 30 consumidores: é permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.	Com número de participantes igual ou superior a 30 consumidores: não é permitida a aplicação de CPT ou agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica intermediária. Com menos de 30 consumidores: é permitida a aplicação de CPT ou agravo.



Plano Coletivo por adesão	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica intermediária e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato é permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica intermediária após os 30 dias de celebração do contrato e (2) a proposta de adesão ao plano de saúde seja formalizada até 30 dias da data do aniversário do contrato.	É permitida a aplicação de CPT ou agravo, independentemente do número de consumidores contratantes.
Plano Individual/Familiar	É permitido o cumprimento de carências pelo consumidor, respeitados os prazos máximos dispostos na Lei.	A exigência de cumprimento de cobertura parcial temporária ou agravo é permitida, respeitada a regulamentação setorial.

Fonte: Resolução Normativa n. 195/2009.

2.1 PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

É o nome que se dá à possibilidade de o consumidor trocar de plano de saúde sem a necessidade de cumprir novas carências ou coberturas parciais temporárias no novo plano, se estas já tiverem sido cumpridas no plano de saúde anterior.

O exercício da portabilidade de carências é permitido para os beneficiários de qualquer modalidade de plano de saúde, seja individual ou coletivo. As regras gerais da portabilidade de carências estão regulamentadas na Resolução Normativa n. 438/2018 da ANS.

Para compreensão da portabilidade de carências em planos de saúde, é necessário observar os seguintes conceitos:



- plano de origem: é o plano privado de assistência à saúde ao qual o beneficiário se encontra vinculado para ter direito à portabilidade de carências.

- plano de destino: é o plano privado de assistência à saúde ao qual o beneficiário irá se vincular por ocasião da portabilidade de carências.

- prazo de permanência: é o período ininterrupto em que o beneficiário deve permanecer vinculado ao plano de origem para se tornar elegível ao exercício da portabilidade de carências.



Para realizar a portabilidade de carências, devem ser atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:



1. O vínculo do consumidor com o plano de origem deve estar ativo.
2. O consumidor deve estar adimplente junto à operadora do plano de origem (o consumidor deverá apresentar documento hábil à comprovação do adimplemento, tal como, declaração da operadora do plano de origem ou comprovantes de pagamento das últimas três mensalidades).
3. O consumidor deverá comprovar o prazo de permanência no plano de origem (na primeira solicitação de portabilidade, o prazo de permanência exigido é de, no mínimo, 2 anos no plano de origem ou, no mínimo, 3 anos, em caso de o consumidor ter cumprido CPT no plano de origem; nas solicitações posteriores, o prazo de permanência é de, no mínimo, 1 ano no plano de origem ou, no mínimo 2 anos, na hipótese de o beneficiário ter exercido portabilidade para um plano de destino que possuía coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem).
4. O consumidor deverá consultar o GUIA ANS DE PLANOS DE SAÚDE, a fim de verificar os planos de destino compatíveis com o seu plano de origem para fins de portabilidade de carências. (o GUIA ANS se encontra disponível na página institucional da ANS na internet, no seguinte endereço eletrônico: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/guia-ans-de-planos-de-saude>).
5. A faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior àquela em que se enquadra o plano de origem do beneficiário, considerada a data da consulta ao GUIA ANS DE PLANOS DE SAÚDE.
6. O GUIA ANS DE PLANOS DE SAÚDE emitirá um relatório contendo todos os planos compatíveis para fins da portabilidade, gerando um número de protocolo, o qual deverá ser aceito pela operadora ou administradora do plano de destino, e terá validade de 5 dias a partir da sua emissão (o consumidor que não conseguir ter acesso ou não conseguir identificar o seu plano de origem, em consulta ao GUIA ANS, poderá protocolizar na ANS (diretamente no site da Agência ou presencialmente em um Núcleo da ANS) solicitação de busca por planos de destino compatíveis para realização da portabilidade de carências).
7. Caso o plano de destino seja de contratação coletiva, o consumidor deverá comprovar o necessário vínculo coletivo para ingresso, ou seja, vínculo com a pessoa jurídica contratante, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195/2009.
8. A portabilidade de carências deverá ser exercida individualmente por cada beneficiário vinculado ao plano de saúde.



9. A portabilidade de carências poderá ser requerida a qualquer tempo pelo consumidor, desde que já cumprido o prazo de permanência.

10. A portabilidade de carências deverá ser formalizada diretamente na operadora ou na administradora do plano de destino, ocasião em que deverá ser disponibilizada a proposta de adesão para assinatura do beneficiário, estando a solicitação de portabilidade sujeita à recusa no prazo de 10 dias.

FIQUE ATENTO!!! A operadora ou administradora do plano de destino somente poderá recusar a solicitação de portabilidade de carências em caso do não atendimento aos requisitos da portabilidade pelo consumidor.

11. Ao exercer a portabilidade de carências, o beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 dias da data do início da vigência do seu vínculo com o seu plano de destino.

Legislação: Resolução Normativa n. 438/2018 da ANS.

Em casos em que o plano de destino possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, poderá ser exigido o cumprimento de carências para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, ou seja, nesses casos, poderá ser cobrado ao consumidor o cumprimento de carências, mas, apenas, para as novas coberturas, respeitados os prazos máximos de carências, dispostos na Lei n. 9.656/98.

A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço, nas seguintes hipóteses:

I - pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei n. 9.656, de 1998;

II - pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário enquadrado no §1º do artigo 3º, no inciso VII do artigo 5º ou no §1º do artigo 9º, todos da RN n. 195, de 2009;



III - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656, de 1998;

IV - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

FIQUE ATENTO! A operadora ou administradora de benefícios, seja do plano de origem ou do plano de destino, não poderá realizar qualquer cobrança ao consumidor em virtude do exercício da portabilidade de carências.

Registre-se, no entanto, que, até que o vínculo contratual do plano de origem seja efetivamente extinto, o beneficiário deverá arcar com o pagamento de sua mensalidade, sendo dever da operadora ou administradora do plano de origem, por sua vez, adotar a cobrança pro-rata para a última mensalidade ou proceder com a devolução das diferenças pagas a maior, conforme o caso.

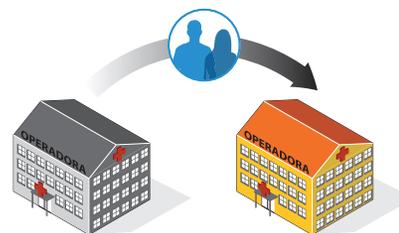
2.2 PORTABILIDADE ESPECIAL DE CARÊNCIAS

A portabilidade especial de carências é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano de saúde dispensado do cumprimento de períodos de carência ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, na hipótese de cancelamento do registro da operadora do plano de origem ou de sua Liquidação Extrajudicial.



Portabilidade especial para casos de quebra da operadora de plano de saúde

A portabilidade especial pode ser exercida em situações excepcionais, como, por exemplo, no caso de a operadora ter as suas atividades encerradas pela ANS, em face à constatação de graves anormalidades econômico-financeiras e administrativas, que coloquem em risco a continuidade da prestação do atendimento à saúde pela operadora.



Nesses casos, a decretação da portabilidade especial é de responsabilidade da Diretoria Colegiada da ANS, através da publicação de Resolução Operacional.

Publicada a Resolução Operacional da ANS, que permite a portabilidade especial, os consumidores da operadora a ser liquidada têm 60 (sessenta) dias (prorrogáveis, se necessário) para exercê-la.

Todos os consumidores da operadora em saída do mercado, em razão do cancelamento do registro de operadora ou da sua Liquidação Extrajudicial decretada pela ANS poderão exercer a portabilidade especial de carências, inclusive aqueles vinculados aos planos de saúde antigos e não adaptados.

Na hipótese de realização da portabilidade especial de carências não se aplicam os requisitos obrigatórios de observância ao prazo de permanência no plano de origem e de compatibilidade de faixa de preços entre o plano de origem e o plano de destino.

A portabilidade especial de carências poderá ser exercida pelos beneficiários cujo vínculo com a operadora de origem tenha sido extinto em até 60 (sessenta) dias antes da data inicial do prazo para a portabilidade especial de carências da operadora em saída do mercado, não se aplicando, neste caso, o requisito obrigatório de vínculo ativo.

O beneficiário que esteja vinculado à operadora em saída do mercado há menos de 300 (trezentos) dias pode exercer a portabilidade especial de carências, sujeitando-



se, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem.

Da mesma forma, o beneficiário que esteja cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

PORTABILIDADE EXTRAORDINÁRIA DE CARÊNCIAS

É o direito que o consumidor tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carência ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, na hipótese de cancelamento do registro da operadora do plano de origem ou de sua Liquidação Extrajudicial, caso não seja possível a aplicabilidade das disposições previstas na regulamentação da ANS (RN nº 438/2018) ou em hipótese que mereça ser excetuada em face do interesse público.

Nessas situações, a ANS poderá, motivadamente, por meio de Resolução Operacional, decretar a portabilidade extraordinária de carências para os consumidores vinculados a carteira de determinada operadora, definindo as regras que deverão ser observadas para o exercício da portabilidade.



SAIBA MAIS

Passo a Passo da Portabilidade de Carências:

- 1** Verifique se você tem direito à portabilidade de carências (ou seja, enquadra-se nos requisitos necessários para portabilidade).
- 2** Consulte Guia ANS (www.ans.gov.br) para identificar planos de saúde compatíveis com o seu para fins de portabilidade de carências.
- 3** Dirija-se à operadora do plano de saúde escolhido levando com você o relatório de planos em tipo compatível (que pode ser impresso ao final da consulta ao Guia ANS) e solicite a proposta de adesão do plano de saúde pretendido.
- 4** Apresente os seguintes documentos na data da assinatura da proposta de adesão:

- 4.1** Cópia dos comprovantes de pagamento dos três últimos boletos vencidos. Cópia dos comprovantes de pagamento dos 3 últimos boletos vencidos; ou declaração da operadora de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do adimplemento do plano de saúde;
 - 4.2** Cópia de documento que comprove o tempo de permanência no plano (pelo menos 2 anos no plano de origem ou, no caso de cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT), pelo menos 3 anos no plano de origem, ou pelo menos 1 ano, a partir da segunda portabilidade (pode ser cópia do contrato assinado, da proposta de adesão, declaração da operadora do plano de origem ou outro documento);
 - 4.3** Cópia do comprovante de vínculo com a pessoa jurídica contratante, caso o plano de destino seja coletivo.
- 5** Aguarde a resposta da operadora do plano de destino, que deverá ser dada em até 10 dias após a assinatura da proposta de adesão.
- 6** Caso o consumidor não atenda/comprove os requisitos necessários para exercício da portabilidade de carências, a operadora ou administradora do plano de destino poderá recusar a solicitação de portabilidade de carências, desde que apresente a devida justificativa.
- 7** O beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu plano de origem, no prazo de 5 dias a partir da data de início da vigência do plano de destino (a solicitação de cancelamento do plano de saúde pelo beneficiário deverá observar o disposto na RN nº 412/2016 da ANS).
- 8** A operadora ou administradora do plano de destino deverá comunicar ao beneficiário da necessidade de cancelamento do seu plano de origem, sob pena não se completar os requisitos necessários à implantação da portabilidade de carências e, eventual, aplicabilidade de carências no plano de destino.
- 9** Até que o vínculo contratual do plano de origem seja extinto, o beneficiário deverá arcar com o pagamento do plano de saúde.

O beneficiário que pretender exercer a portabilidade de carências deverá entregar os documentos necessários (item 4, quadro acima) para realização do pedido à operadora do plano de destino, ocasião em que esta deverá disponibilizar a proposta de adesão para assinatura, fornecendo segunda via, datada e assinada.

A operadora não poderá impor custas adicionais para o consumidor que está exercendo o seu direito de portabilidade de carências e nem cobrar preço diferenciado.



A operadora do plano de destino deverá concluir a análise da proposta e enviar resposta conclusiva e, devidamente justificada no prazo máximo de 10 dias, informando se o consumidor atende aos requisitos para exercício da portabilidade.

Enquanto a portabilidade não for concretizada, o consumidor não perde seu vínculo com a operadora anterior. Cabe ao consumidor solicitar o cancelamento do seu plano de origem, em até 5 dias da data do início da vigência do plano de destino.

Caso o consumidor não atenda aos requisitos, a operadora do plano de destino poderá recusar a proposta de adesão pela regra de portabilidade de carências, tendo que apresentar a devida justificativa.

Se o beneficiário não conseguir identificar o plano de origem, em consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde, pode protocolizar solicitação na ANS.

3 COBERTURA ASSISTENCIAL

É o conjunto de todos os procedimentos que o consumidor de plano de saúde tem direito, de acordo com a legislação de saúde suplementar e os termos dispostos no instrumento contratual.

A cobertura assistencial pode variar de acordo com a segmentação do plano de saúde, a abrangência geográfica, o tipo de acomodação e o contrato assinado pelo consumidor.

Nesse sentido, ao contratar o plano de saúde, o consumidor deve estar atento às suas necessidades (e de seus dependentes), a fim de escolher o plano mais adequado para o seu perfil.



IMPORTANTE

A cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelos planos de saúde aos consumidores vinculados aos contratos regulamentados (celebrados sob a vigência da Lei n. 9.656/1998), encontra-se estabelecida pela ANS em uma lista denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

O Rol da ANS estabelece a cobertura mínima obrigatória a ser observada pelas operadoras de acordo com a segmentação do plano de saúde ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico.

Como visto, constitui-se como referência básica das coberturas obrigatórias, sendo facultativo às operadoras ampliar as coberturas em caso de oferecimento de serviços de saúde adicionais (o que deverá ser expresso no instrumento contratual). Contudo, não é possível reduzir as coberturas, posto que o Rol estabelece a cobertura mínima obrigatória a ser observada.

O Rol da ANS é válido para os planos regulamentados (novos ou adaptados). Para os contratos antigos, que não tiverem sido adaptados, devem ser observadas as coberturas assistenciais estipuladas em contrato.



IMPORTANTE

Atenção! Nos contratos antigos, algumas cláusulas referentes à cobertura assistencial, notadamente aquelas relacionadas a limitações de coberturas, são consideradas abusivas e por isso o Poder Judiciário as considera nulas. Em caso de dúvidas quanto à cobertura assistencial de procedimentos, o consumidor deve entrar em contato com a ANS (0800-7019656), ou com os órgãos de defesa do consumidor ou com órgãos do Poder Judiciário, ou, ainda, abrir uma demanda no



site www.consumidor.gov.br, que auxilia a solução de conflitos entre consumidores e empresas.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde está disponível para consulta no site da ANS, no Espaço do Consumidor, na área “O que o seu Plano de Saúde deve cobrir?”, ou pode ser consultado pelo ANS Móvel, aplicativo desenvolvido para celulares *smartphones e tablets*.

O referido rol é revisado (em regra, a cada dois anos) com o objetivo de garantir o melhor acesso do consumidor a novas tecnologias e a procedimentos que tenham eficiência e eficácia comprovadas por meio de testes e estudos seguros. Para inclusão de procedimentos à cobertura obrigatória na saúde suplementar, são avaliados critérios de segurança, eficácia e efetividade/accurácia, pautados em evidências científicas, bem como em critérios como a disponibilidade de rede prestadora, o alinhamento com as decisões do Ministério da Saúde e o impacto sobre o mercado.

3.1 COBERTURA DE MEDICAMENTOS PELOS PLANOS DE SAÚDE

A Lei n. 9.656/98 (art. 12, II, “d”) determina que é dever da operadora de plano de saúde o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados **durante o período de internação hospitalar**.

Contudo, em regra, o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, utilizados fora da internação hospitalar, não é obrigatório, salvo as exceções expressamente previstas na Lei de Planos de Saúde (art. 10, VI, da Lei n. 9.656/98) e no Rol da ANS, especialmente aquelas relacionadas à obrigação de cobertura assistencial de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral (medicamentos orais pra tratamento domiciliar de câncer), incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento quimioterápico oral e/ou venoso.



Medicamentos importados não nacionais e/ou medicamentos sem registro ativo na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) também não são de cobertura obrigatória. Em caso de home care (internação domiciliar), todas as medicações que seriam fornecidas durante a internação hospitalar devem ser igualmente cobertas pelo plano de saúde.



SAIBA MAIS

A Resolução Normativa (RN) n. 310/2012 da ANS dispõe sobre os princípios para a oferta de contrato acessório de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde. O normativo preconiza a oferta facultativa pelas operadoras de planos de saúde de contrato acessório de medicação de uso domiciliar, aquela prescrita pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde. Assim como a oferta é facultada à operadora, a adesão dos beneficiários aos contratos acessórios de medicação de uso domiciliar também é facultativa.

3.2 ATENDIMENTO DOMICILIAR (HOME CARE)

Na legislação setorial, há a previsão de que, se a operadora oferecer a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Anvisa e cobrir todas as despesas que cobririam em uma internação em hospital (honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação; exames complementares medicamentos, anestésicos e outros materiais, conforme os termos das alíneas “c”, “d”, “e” e “g” do inciso II, do artigo 12, da Lei n. 9.656/98).

Nos demais casos, em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, o entendimento setorial determina que a cobertura assistencial para atendimento domiciliar deve obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.



O Estatuto do Idoso
(art. 15, IV, da Lei n.
10.741/03)

dispõe sobre a obrigatoriedade da garantia de atendimento domiciliar aos pacientes com 60 (sessenta) anos ou mais que necessitem de assistência à saúde, incluindo internação, e que estejam impossibilitados de se locomover, inclusive aqueles abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural.

3.3 INTERNAÇÃO

Para que as coberturas de internação sejam garantidas, é necessário que o consumidor tenha um plano de saúde com cobertura hospitalar. Da mesma forma, para garantia de cobertura de atendimento obstétrico, é necessária a contratação de plano de saúde hospitalar com cobertura obstétrica.

A Lei n. 9.656/98 (art. 12, II, “a”) veda expressamente a limitação de número de dias em internações, mesmo em leitos de alta tecnologia (UTI/CTI).



3.4 DESPESAS DO ACOMPANHANTE

A legislação setorial preconiza a obrigatoriedade de cobertura das despesas com acompanhante da seguinte forma:

I - Nos casos de planos hospitalares, é garantida a cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente nos seguintes casos:



- a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;
- b) idosos a partir dos 60 anos de idade;
- c) pessoas com deficiência.

II - Nos casos de planos hospitalares com obstetrícia, é garantida, ainda, a cobertura das despesas, incluindo paramentação (roupa de sala de cirurgia), acomodação e alimentação relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

- a) pré-parto;
- b) parto;
- c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

3.5 PADRÃO DE CONFORTO NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

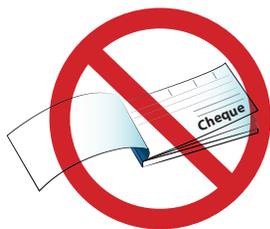
O padrão de conforto na internação hospitalar (tipo de acomodação) é definido no contrato, havendo a possibilidade de contratação de plano hospitalar com acomodação coletiva (padrão enfermaria) ou contratação de plano hospitalar com



acomodação individual (apartamento).

Dessa forma, para ter direito ao quarto privativo, o consumidor precisa necessariamente contratar tal cobertura. Caso contrário, terá direito a internação no padrão enfermaria.

3.6 CHEQUE CAUÇÃO



É proibido exigir do consumidor, em qualquer hipótese, cheque caução ou qualquer outra forma de caução, depósito de qualquer natureza, nota promissória ou quaisquer outros títulos de crédito, no ato ou anteriormente à prestação do serviço para utilização dos serviços de assistência à saúde.

A prática de exigir caução ou qualquer outra forma de garantia para prestação do atendimento é considerada crime, conforme previsto na Lei n. 12.653/12.

3.7 NEGATIVA DE PROCEDIMENTOS SOLICITADOS POR MÉDICO NÃO CREDENCIADO DA OPERADORA

Negar autorização para realização do procedimento exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada da operadora é prática ilegal, vedada pela Resolução CONSU n. 8/1998.

3.8 REEMBOLSO DE DESPESAS AO CONSUMIDOR

Existem planos de saúde que oferecem ao consumidor a possibilidade de livre escolha de prestadores de serviço, com o posterior reembolso dos valores



dispendidos, em especial os caracterizados na forma de seguro-saúde. O montante a ser ressarcido, se integral ou parcial, dependerá do disposto no contrato firmado com a operadora de plano de saúde.

O reembolso é obrigatório se previsto contratualmente ou, em se tratando de contrato novo, nos casos de aplicação do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/98, que prevê a possibilidade de reembolso, nos limites das obrigações contratuais, “das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada”.

O reembolso integral também é devido ao consumidor em caso de comprovada indisponibilidade ou inexistência de prestador de saúde na especialidade demandada pelo consumidor, o qual deverá acontecer em até 30 (trinta) dias, contados da data da solicitação de reembolso, conforme disposto na Resolução Normativa n. 259/2011 da ANS.

3.9 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



DESTAQUE

Conforme vimos anteriormente, o art. 12, V, “c”, da Lei n. 9.656/98 determina que o prazo máximo de carência que pode ser imposto pela Operadora para atendimentos de urgência e emergência é de 24 (vinte e quatro) horas, a partir da contratação do plano de saúde.

O art. 35-C da mesma lei dispõe sobre a obrigatoriedade de atendimento nos casos de urgência e emergência, conceituando-os como:





I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;



II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.





Contudo, a Resolução CONSU n. 13/98, que dispõe sobre a regulamentação da cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência, impõe algumas restrições a esses atendimentos, de acordo com as limitações e as segmentações do plano de saúde contratado.

De acordo com a supracitada Resolução, se o **plano** contratado for apenas **ambulatorial**, a obrigatoriedade da prestação do atendimento de urgência e de emergência limita-se às primeiras **12 horas de atendimento**. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e de emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

Nos planos da segmentação **hospitalar**, os atendimentos de urgência e de emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta, devem garantir a preservação da vida, dos órgãos e das funções do paciente.

Entretanto, de acordo com a legislação setorial, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

Em relação ao **atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, este deverá ser garantido, sem restrições pela operadora, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.**

No plano “referência”, após 24 horas da vigência do contrato, os atendimentos de urgência e de emergência são ilimitados.

Resumindo, de acordo com a legislação setorial vigente, em situações de urgência e de emergência, deve-se observar o tipo de plano contratado (ambulatorial, hospitalar ou referência), a situação do plano (em carência ou não) e o tipo de atendimento demandado (proveniente de acidente pessoal ou não). Essas variantes estão classificadas no quadro abaixo:



Tipo de plano	Situação do plano	Tipo de atendimento	Cobertura
Ambulatorial	Independente da situação (em carência ou não)	Independente do tipo	Limitada a 12h (*)
Hospitalar	Em carência	Situação que não seja acidente pessoal	Limitada a 12h (*)
Hospitalar	Em carência	Acidente pessoal	Ilimitada
Hospitalar	Carência cumprida	Independente do tipo	Ilimitada
Referência	Independente da situação (em carência ou não)	Independente do tipo	Ilimitada



OBSERVAÇÃO

()Obs. 1: Ultrapassado este prazo de 12 horas (*), ou quando verificada a necessidade de internação, cessa a responsabilidade financeira da operadora. Porém, cabe a essa arcar e responsabilizar-se pela remoção do paciente para uma unidade de atendimento do SUS, onde haja a continuidade do atendimento (se solicitado). A responsabilidade da operadora sobre o paciente só termina quando efetuado o registro dele na unidade de destino. Se o paciente ou seus responsáveis optarem e autorizarem a continuidade do atendimento em unidade que não seja do SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e financeira da remoção. Se não houver remoção devido ao risco de morte, o beneficiário e o hospital devem negociar a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, ficando a operadora desobrigada desse dever.*



Obs. 2: Para os planos “antigos” (contratados antes de janeiro/1999), deve ser cumprido o que estiver previsto em contrato para o atendimento de urgência e de emergência.

4 REAJUSTES DOS PLANOS DE SAÚDE



4.1 REAJUSTE ANUAL POR VARIAÇÃO DE CUSTOS

A operadora de planos de saúde poderá realizar, anualmente, reajuste por variação de custos, porém, os critérios para esses reajustes devem estar previstos



claramente no contrato, sendo vedado o reajuste por variação de custos em periodicidade inferior a 12 (doze) meses.

Os reajustes anuais não se confundem com os reajustes por mudança de faixa etária, os quais são aplicados no momento em que o consumidor atinge determinada faixa etária, prevista em contrato.



Contratos individuais/familiares novos ou adaptados (assinados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados)



Os contratos individuais ou familiares tanto novos quanto adaptados somente podem ser reajustados com a prévia autorização da ANS e de acordo com o percentual máximo de reajuste determinado pela ANS, que define anualmente o índice máximo de reajuste autorizado para os contratos de planos de saúde novos ou regulamentados.

Os índices de reajuste a serem aplicados nos planos exclusivamente odontológicos devem constar em cláusula contratual ou na ausência dessa, em Termo Aditivo firmado entre as partes.

Contratos individuais ou familiares antigos (assinados até dezembro de 1998 e não adaptados)

O reajuste aplicado aos contratos individuais/familiares celebrados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei n. 9.656/98 estão limitados ao que estiver estipulado no contrato.

A depender da situação contratual, são três as possibilidades para definição do reajuste a ser aplicado:

I - Contratos com cláusula clara de reajuste

Os contratos que contêm cláusula de reajuste, com indicação clara e específica de índice a ser aplicado, devem segui-lo – desde que o índice ainda exista no mercado.

Cláusulas que contêm expressões como “variações monetárias” ou “variação de custos” são consideradas genéricas e vagas e, portanto, ilegais. Nestes casos, aplicam-se as regras dos itens a seguir.

II - Contratos sem cláusula de reajuste clara

Caso o contrato não seja claro em relação aos reajustes ou não trate do assunto, o reajuste anual máximo a ser aplicado deve ser o definido anualmente pela ANS para os contratos individuais novos ou adaptados.

III - Contratos antigos de operadoras que assinaram Termo de Compromisso com a ANS



Algumas operadoras de planos de saúde, que possuíam contratos antigos, não adaptados, e sem cláusulas claras de reajustes, assinaram Termo de Compromisso com a ANS para estabelecer a forma de apuração do percentual de reajuste a ser aplicado nesses contratos. A partir da assinatura dos Termos de Compromisso, a ANS, anualmente, publica percentuais de reajuste diferenciados para esses planos.

Os percentuais de reajustes autorizados para planos individuais antigos por Termo de Compromisso podem ser consultados no endereço eletrônico da ANS (<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude-antigos/historico-dos-reajustes-autorizados-para-planos-individuais-antigos-por-termo-de-compromisso>).

Contratos coletivos (antigos, novos ou adaptados)



DESTAQUE

Os índices máximos de reajuste anual dos planos de saúde coletivos não são definidos pela ANS.

Em que pese prescindirem da autorização da ANS para sua aplicação, os percentuais dos reajustes efetivamente aplicados pelas Operadoras nos contratos coletivos devem ser, obrigatoriamente, comunicados à ANS, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação. A exigência de observância de anualidade para aplicação permanece (intervalo mínimo de 12 (doze) meses entre reajustes anuais).



IMPORTANTE

A ANS não regula os reajustes anuais por variação de custos dos contratos coletivos por partir do pressuposto de que, como envolvem mais de uma pessoa jurídica negociando (operadora x empresas e, em alguns casos, também, administradoras de benefícios), existe maior paridade de forças na negociação desses reajustes e, portanto, sua intervenção nesses casos seria desnecessária.

O Sistema Nacional de Defesa do consumidor (SNDC) questiona a diferenciação regulatória adotada pela ANS em relação às regras do reajuste por variação de custos existentes entre os contratos coletivos e individuais. No que diz respeito à livre negociação dos índices de reajuste em contratos coletivos, ressalta-se que as forças não são verdadeiramente paritárias entre as pessoas jurídicas que participam da negociação do reajuste e que, muitas empresas, na realidade, não têm poder de barganha junto às Operadoras.

A fim de minimizar os impactos de reajustes em contratos coletivos formados por pequenos grupos, a ANS editou em 2012 a Resolução Normativa n. 309/2012 (Pool de Risco), que dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos “pequenos” (menos de 30 vidas) para fins de cálculo e aplicação de reajuste de maneira agrupada, com a finalidade de promover a distribuição do risco entre os contratos coletivos que compõem o referido agrupamento.

Contudo, em que pesem os benefícios trazidos pela edição da RN n. 309/2012, problemas relacionados à imposição de altos índices de reajuste em contratos coletivos são uma realidade entre os consumidores de planos de saúde, apontando para um cenário de necessária reflexão sobre a manutenção da capacidade de pagamento das mensalidades pelos consumidores, bem como sobre a sustentabilidade dos planos de saúde.



4.2 REAJUSTES POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

O reajuste por mudança de faixa etária é aplicado quando o usuário do plano de saúde atinge determinadas idades previstas contratualmente. Isso acontece porque, em geral, quanto mais idosa a pessoa, mais necessários se tornam os cuidados com a saúde.



Indiferentemente da data ou da forma de contratação do plano de saúde, sua aplicação somente é lícita se prevista de maneira clara e objetiva no contrato, com indicação de idades e percentuais a serem aplicados.

A ANS não fixa os valores percentuais de reajuste a serem aplicados em cada faixa etária, designa apenas quais são as faixas etárias para correção, as quais variam conforme a data de contratação do plano, sendo que os percentuais de variação têm que estar expressos no contrato.

Abaixo veremos as faixas etárias passíveis de reajuste:



Contratação	Faixa Etária	Observações
Planos contratados até 2 de janeiro de 1999	Não se aplica	<ul style="list-style-type: none"> O reajuste deve seguir o disposto em contrato.
Planos contratados entre 2 de janeiro de 1999 e 1 de janeiro de 2004	<ul style="list-style-type: none"> 0 a 17 anos 18 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos 60 a 69 anos 70 anos ou mais 	<ul style="list-style-type: none"> Para os contratos de planos de saúde celebrados nesse período, as regras de reajuste de faixa etária vigentes encontravam-se dispostas na Resolução CONSU n. 06/98 que determinava a possibilidades de até sete faixas etárias. A referida Resolução determina, ainda, que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos). Determina, também, que consumidores com mais de 60 (sessenta) anos e que participem do contrato há mais de 10 (dez) anos, não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.



<p>Planos contratados após 1 de janeiro de 2004 (após a edição do ESTATUTO DO IDOSO)</p>	<ul style="list-style-type: none">• 0 a 18 anos• 19 a 23 anos• 24 a 28 anos• 29 a 33 anos• 34 a 38 anos• 39 a 43 anos• 44 a 48 anos• 49 a 53 anos• 54 a 58 anos• 59 anos ou mais	<ul style="list-style-type: none">• Após a edição do Estatuto do Idoso, a ANS editou a Resolução Normativa n. 63/2003, para regulamentação das faixas etárias de reajustes permitidas.• A Resolução Normativa (RN n. 63) determina 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) e 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.
------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: ANS (<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude>)



5 PROTEÇÃO AOS CONSUMIDORES EM CASO DE LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Quando detectadas anormalidades econômico-financeiras ou administrativas, de natureza grave, que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS inicia um processo de intervenção na Operadora a fim de sanear os problemas identificados e buscar a recuperação da Empresa, que compreende desde a instauração do Plano de Recuperação Assistencial e do regime de Direção Técnica (regulamentados na Resolução Normativa n. 256/2011), bem como a instauração do regime de Direção Fiscal (Resolução Normativa n. 316/2012).

Em caso da constatação de que a Operadora não tenha mais condições de sanear os problemas identificados, a ANS determina a liquidação extrajudicial da operadora e a alienação compulsória da carteira de clientes da Operadora.

Liquidação extrajudicial de uma operadora de planos de saúde

Poderá ser decretada, independentemente, de instauração do regime de direção fiscal, sempre que a gravidade das anormalidades econômico-financeiras ou administrativas implicarem risco iminente à manutenção do atendimento à saúde.

Havendo beneficiários ativos na operadora, a decretação da liquidação extrajudicial será precedida da alienação de sua carteira ou da portabilidade especial a esses beneficiários, na forma definida na Resolução Normativa nº 438/2018.

Alienação da carteira de uma operadora de planos de saúde

A operadora de plano de saúde é obrigada a buscar concorrentes interessadas em realizar a transferência de suas carteiras de contratos. Essa transferência é decretada pela ANS nos seguintes casos:



I - por insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde;

II - na vigência de regime de direção fiscal e/ou de direção técnica após análise do relatório circunstanciado contendo análise das condições técnicas, administrativas ou econômico-financeiras que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde e justifiquem a medida;

III - em virtude do cancelamento da autorização de funcionamento da operadora;

IV - em decorrência de decisão administrativa não sujeita ao recurso de aplicação da penalidade prevista no inciso VI do art. 25 da Lei n. 9.656, de 1998 (cancelamento de registro e determinação da alienação da carteira).

O prazo para concretização da alienação é de 30 (trinta) dias, prorrogáveis por mais 15 (quinze). A legislação da ANS prevê a possibilidade de fracionamento da carteira para venda. Ou seja, poderá haver transferências parciais das carteiras.



IMPORTANTE

Direitos dos consumidores na alienação da carteira

A Resolução Normativa n. 112/2005 da ANS, que trata da alienação da carteira das operadoras de planos de saúde, determina que as condições dos contratos dos consumidores devem permanecer inalteradas quando da alienação, observando-se, em especial, as seguintes regras:

(1) manutenção das condições contratuais vigentes, sem restrições de direitos ou prejuízos para os beneficiários;

(2) as cláusulas contratuais de reajuste e data de aniversário do contrato não poderão sofrer alterações;

(3) não poderá ser imposto nenhum tipo de carência adicional ou CPT aos consumidores;



(4) É obrigatória a manutenção da rede prestadora credenciada. Assim, a alteração da rede hospitalar credenciada ou referenciada deverá obedecer ao disposto no artigo 17, da Lei n. 9.656/98 (notadamente, no que se refere à necessidade de comunicação prévia sobre a alteração e obrigatoriedade de substituição por prestador de saúde equivalente);

(5) é obrigação da operadora alienante manter a prestação do serviço assistencial à saúde, em especial nos casos de internação ou de tratamentos continuados, até que a transferência da carteira para outra operadora seja finalizada;

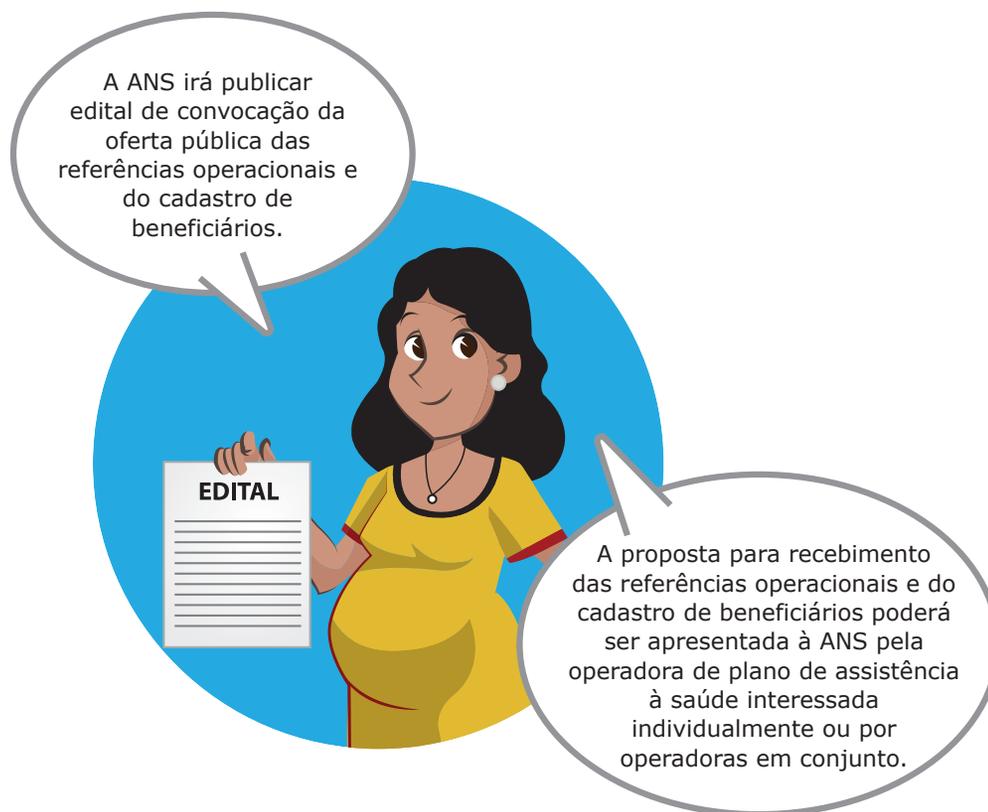
(6) no período de transição ocorrido entre a celebração do negócio jurídico de transferência da carteira e a assunção desta pela operadora adquirente, a responsabilidade pela prestação da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica permanece com a operadora alienante;

(7) É obrigatória a devida comprovação da comunicação individual aos participantes da carteira sobre o processo de transferência da carteira.

Finalizado o prazo estipulado para alienação da carteira e, não tendo sido realizada a transferência integral da carteira da operadora, é realizada oferta pública.

Oferta pública de referências operacionais e do cadastro de beneficiários de uma operadora (OPRC)

Após o prazo para concretização da alienação da carteira da operadora a ser liquidada, não tendo sido promovida a transferência compulsória, será realizada oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários da operadora de planos de assistência à saúde.



É vedada a participação de operadoras que não estejam regulares com o processo de concessão de autorização de funcionamento junto à ANS, bem como aquelas que se encontram em regime especial, plano de recuperação assistencial, em procedimentos de adequação assistencial ou econômico-financeira.

Nessa fase, os beneficiários devem ser informados pelas operadoras sobre o processo de transferência da carteira, porém não poderão escolher a operadora para qual será realizada a transferência de seu plano dentre as concorrentes interessadas.

A partir da assinatura de termo de compromisso com a ANS, a operadora com proposta autorizada pela Agência Reguladora para o recebimento das referências operacionais e do cadastro de beneficiários, deverá responsabilizar-se em dar



continuidade à internação de beneficiários quando da existência de beneficiários já internados, arcando com o ônus a partir desse momento.

Em caso de rede não compatível, a operadora com proposta autorizada pela ANS poderá, se a situação clínica do beneficiário permitir e mediante laudo do médico assistente que autorize, transferi-lo para sua rede de prestadores de serviço.



SAIBA MAIS

Para saber mais sobre a Oferta Pública de Referências Operacionais e Cadastro de Beneficiários (OPRC), veja a Resolução Normativa n. 384/2015 da ANS.

5.1 PORTABILIDADE ESPECIAL EM CASO DE LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Conforme estudado, a portabilidade especial é uma portabilidade que pode ser exercida em situações excepcionais, como para amparar consumidores vinculados aos planos de saúde que passam por problemas de caráter assistencial ou financeiro.

Nesses casos, a decretação dessa possibilidade é de responsabilidade da Diretoria Colegiada da ANS, conforme previsto, e que a ANS decreta a sua Liquidação Extrajudicial para retirada ordenada da operadora do mercado.



LEGISLAÇÃO

Art. 12. *No curso de processo administrativo referente ao cancelamento do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial da operadora, a Diretoria Colegiada pode, a seu critério, expedir Resolução Operacional fixando o prazo*



de até 60 (sessenta) dias, prorrogáveis, para que os beneficiários da carteira da operadora em saída do mercado exerçam a portabilidade especial de carências para plano de saúde de outra operadora, na forma prevista nesta Resolução e com as especificidades descritas neste artigo.

A partir da decretação da portabilidade especial pela ANS, os consumidores podem, com a ajuda de informações disponibilizadas pela Agência, encontrar contratos compatíveis de outras operadoras para realizar a troca de plano, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.

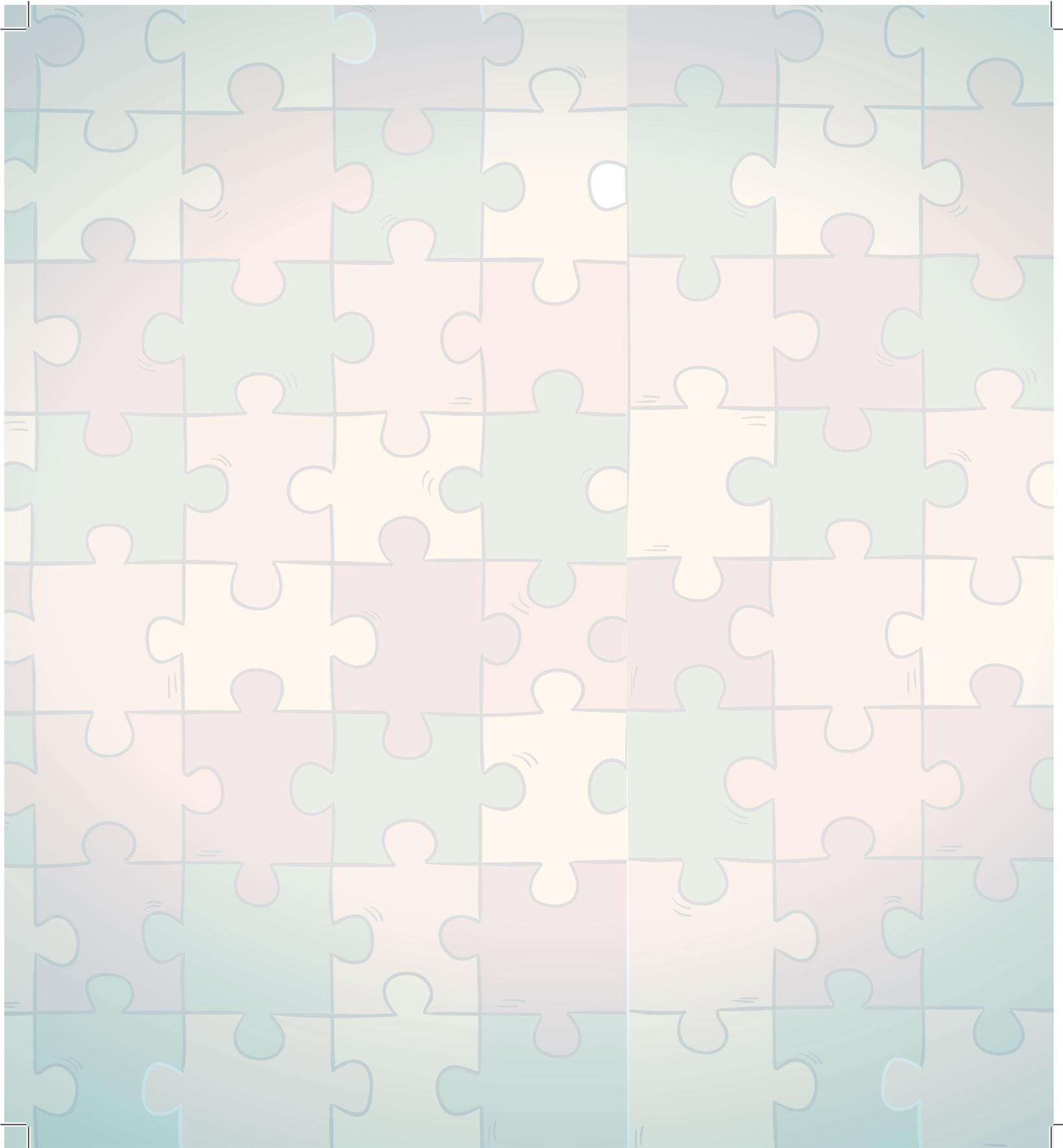
Publicada a Resolução Operacional da ANS, que permite a portabilidade especial, os consumidores da operadora a ser liquidada têm **60 (sessenta) dias** (prorrogáveis, se necessário) para exercê-la. A ANS disponibiliza informações sobre planos compatíveis, ou seja, mais adequados às condições originais do atual contrato para que os consumidores possam consultar as opções existentes e realizar a portabilidade.

As carências já cumpridas são portadas para o novo plano de saúde. A decisão da ANS sobre a portabilidade especial abrange todos os consumidores da Operadora, que poderão usufruir desse benefício de portabilidade de carências especial, seja vinculado ao contrato antigo ou novo, individual/familiar ou coletivo.



Capítulo 4

ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR NA SAÚDE SUPLEMENTAR

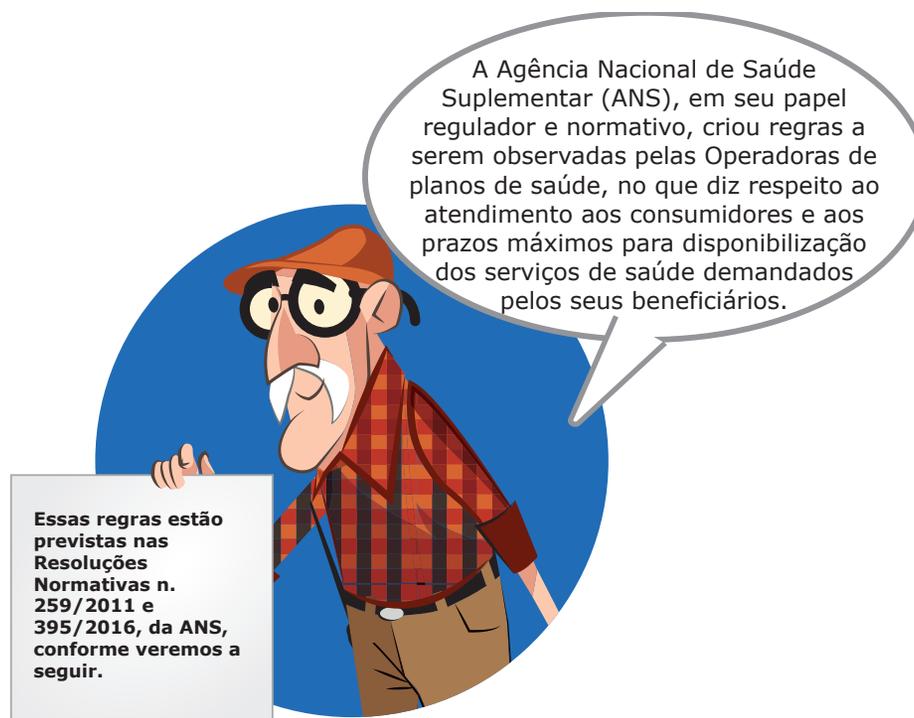




Olá! Seja bem-vindo(a) ao
Capítulo 4 - "Atendimento ao Consumidor
na Saúde Suplementar" do Curso Planos
de Saúde e Relações de Consumo!
Neste módulo você conhecerá as
principais regras de atendimento ao
consumidor que devem ser observadas
pelas operadoras
de planos de saúde.
Bom estudo!



1 MARCAÇÃO DE PROCEDIMENTOS - PRAZOS MÁXIMOS DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR



A **Resolução Normativa n. 259/2011, da ANS**, dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Dentre os benefícios trazidos aos consumidores por essa norma, destaca-se o estabelecimento dos **prazos máximos** para disponibilização do atendimento integral ao consumidor, bem como o estabelecimento de regras para garantia de atendimento na hipótese de **indisponibilidade ou inexistência de prestador** no município onde o beneficiário necessita do serviço ou do procedimento, inclusive, a obrigatoriedade de garantir o transporte do beneficiário até um prestador de saúde apto a realizar o devido atendimento.



As operadoras de planos de saúde devem, obrigatoriamente, observar os prazos máximos estabelecidos pela ANS para a disponibilização de procedimentos aos beneficiários. Contudo, é importante verificar prazos de carência, ou seja, os prazos são obrigatórios, desde que o consumidor não esteja cumprindo o período de carência legalmente estabelecido.

É importante lembrar que, a amplitude das obrigações, referentes à prestação da cobertura assistencial pelas operadoras, encontra-se vinculada à observação de diversos fatores.

 **EXEMPLO**

- *A segmentação do plano de saúde contratado pelo consumidor: se ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia e/ou odontológico.*
- *A área de abrangência geográfica estipulada no contrato do plano de saúde: se nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.*
- *Ao tipo de plano de saúde no que se refere à data da contratação: se o plano é “antigo” ou “novo/regulamentado”.*
- *Os termos e condições específicas do contrato pactuado entre as partes (por exemplo o padrão de acomodação contratado, em caso de plano hospitalar).*

Confira os prazos máximos para disponibilização do atendimento aos consumidores de planos de saúde, estabelecidos pela ANS:

Procedimento	Prazo máximo para garantia de atendimento integral (em dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (quatorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)



Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regime de hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

O prazo para atendimento ao consumidor é contado a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.



IMPORTANTE

É preciso ficar claro que a operadora é obrigada a disponibilizar um profissional ou estabelecimento de saúde da rede credenciada do plano de saúde na especialidade demandada e não necessariamente o profissional de saúde ou estabelecimento específico da preferência do consumidor.

Assim, se o profissional ou estabelecimento de saúde escolhido pelo consumidor não estiver disponível para atendimento dentro do prazo estipulado, e o consumidor desejar ser atendido somente por esse profissional ou estabelecimento, ele deverá esperar a disponibilidade do prestador de saúde. Contudo, caso o consumidor abra mão de ser atendido pelo profissional de sua escolha, é obrigação da operadora indicar outro profissional de saúde da



especialidade demandada ou estabelecimento de saúde para atendimento, o que deve ocorrer dentro do prazo máximo estipulado pela ANS.

Na hipótese de indisponibilidade de profissional ou estabelecimento de saúde na rede prestadora credenciada da operadora, na especialidade demandada pelo beneficiário, para atendimento dentro do prazo estipulado, a operadora do plano de saúde deverá indicar um profissional ou estabelecimento fora da rede credenciada e custear integralmente o atendimento ao consumidor.



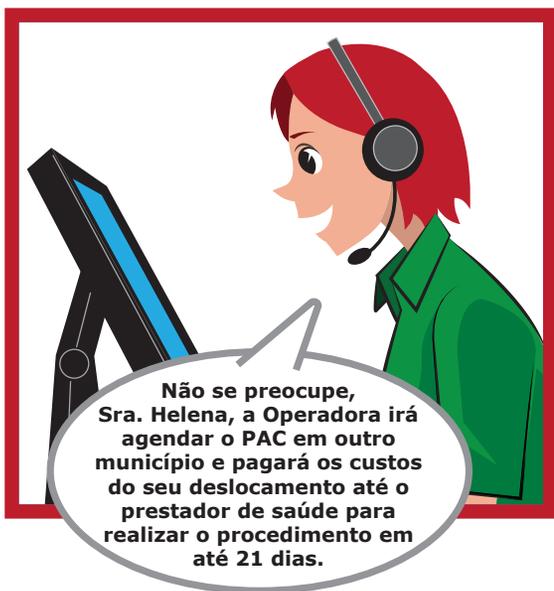
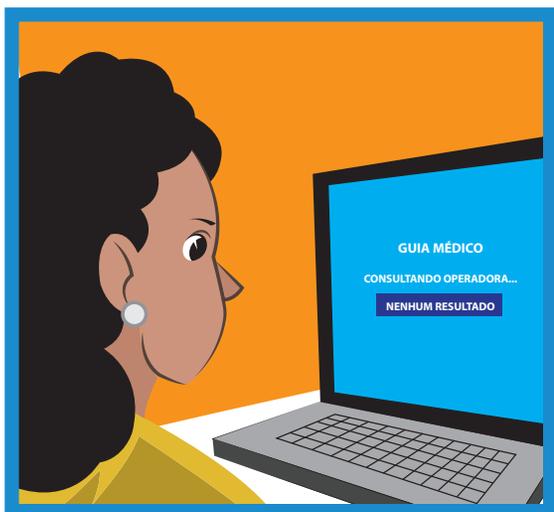


Na hipótese de **inexistência** de prestador de saúde na especialidade demandada, ou seja, no caso de não existir profissional ou estabelecimento de saúde que ofereça o serviço no município onde o atendimento foi demandado pelo consumidor, a operadora deverá garantir o atendimento em municípios limítrofes ou na região de saúde a qual faz parte o município.



OBSERVAÇÃO

Vale ressaltar que tanto em caso de indisponibilidade como de inexistência de prestador de saúde – integrante ou não da rede assistencial – no município onde o atendimento foi demandado ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do consumidor até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como o seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos estipulados.





SAIBA MAIS

Entenda melhor: indisponibilidade de prestador de saúde refere-se aos casos em que existe o prestador de saúde da especialidade demandada, contudo, ele não tem agenda disponível para realização do atendimento, dentro do prazo estabelecido pela ANS. Já quando se fala em inexistência de prestador, tem-se que não existem estabelecimentos e/ou profissionais de saúde na especialidade demandada na região onde o consumidor necessita de atendimento. Isso ocorre, geralmente, quando relacionado a procedimentos que envolvam novas tecnologias em saúde, que, eventualmente, ainda, não estejam disponíveis em todas as regiões do Brasil. Assim, no caso de o consumidor necessitar realizar um exame que não possa ser feito em sua região pela ausência de estabelecimento de saúde que o realize, ele deverá ser deslocado pela Operadora para a devida realização do exame.

Nos casos de indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviços de saúde que acarretarem na obrigatoriedade de transporte do consumidor, a escolha do meio de transporte fica a critério da operadora de planos privados de assistência à saúde, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário.



IMPORTANTE

A garantia de transporte se estende ao acompanhante e se aplica aos casos em que seja obrigatória a cobertura de despesas do acompanhante, notadamente, nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais.



Na hipótese de descumprimento pela operadora das garantias da prestação da cobertura, nos casos acima expostos de indisponibilidade de prestador credenciado ou inexistência de prestador, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá **reembolsá-lo integralmente** no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

Em caso de descumprimento às obrigações dos prazos e das garantias de atendimento previstas na RN n. 259/2011, a operadora estará sujeita às sanções administrativas cabíveis, previstas na regulamentação em vigor, que compreendem desde a penalidade de suspensão da venda do plano de saúde até multa pecuniária, quando comprovada a negativa de acesso do beneficiário aos serviços de saúde ou de cobertura assistencial para procedimentos.

2 DISPONIBILIDADE DE INFORMAÇÕES ATUALIZADAS SOBRE A REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE CREDENCIADA DO PLANO DE SAÚDE

A rede credenciada dos prestadores de saúde é parte integrante do contrato e obriga o fornecedor a admitir o descredenciamento apenas em situações excepcionais.

Em relação à divulgação de informações pela operadora sobre a rede prestadora credenciada disponível, a Resolução Normativa (RN) n. 285/2011, da ANS dispõe sobre a obrigatoriedade imposta às Operadoras de planos de saúde em disponibilizar em seus Portais Corporativos na Internet, informações **atualizadas** sobre a rede prestadora credenciada dos planos de saúde.

A norma permite não somente que o beneficiário da operadora localize, de forma mais fácil e ágil, todos os prestadores de saúde do seu plano de saúde, como também que qualquer cidadão pesquise informações sobre a rede credenciada de qualquer operadora de saúde do país.



As informações que deverão ser disponibilizadas sobre os prestadores de serviços de saúde são:

- **Nome fantasia do estabelecimento (pessoa jurídica) ou nome do profissional (pessoa física).**
- **Endereço, contendo a unidade da federação, município, bairro, logradouro, número e CEP, além de telefones para contato.**
- **Tipo do estabelecimento de saúde: se hospital, clínica, consultório e/ou laboratório.**
- **A(s) especialidade(s) ou serviço(s) contratado(s) - de acordo com o contrato firmado.**

A consulta da rede assistencial a partir do Portal Corporativo da operadora de planos privados de assistência à saúde na Internet deve permitir, de forma combinada e/ou isolada, a pesquisa de todos os dados dos prestadores de serviços de saúde que compõem a rede assistencial da operadora.



3 REGRAS DA ANS PARA QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO PRESTADO PELAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

A fim de disciplinar e qualificar o atendimento prestado pelas operadoras de planos de saúde aos consumidores, a ANS editou a **Resolução Normativa n. 395**, em 14 de janeiro de 2016.

Com a edição do normativo, a ANS estabeleceu regras a serem observadas pelas Operadoras de planos de saúde referente à solicitação de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial.

Dentre as exigências impostas às Operadoras destaca-se a obrigatoriedade de prestação de informações e orientações sobre o procedimento e/ou serviço assistencial solicitado, esclarecendo, **de forma imediata**, se há cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e/ou no correspondente instrumento contratual firmado para prestação do serviço de assistência à saúde suplementar.

A norma dispõe, ainda, sobre:

- a obrigatoriedade de disponibilização de **protocolo de atendimento** ao consumidor nos casos de demandas que envolvam cobertura assistencial;
- a obrigatoriedade de disponibilização de **canais de atendimento** presenciais e telefônicos;
- **o estabelecimento de prazo de resposta ao consumidor**, nos casos em que não seja possível fornecer a resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada.



3.1 CANAIS DE ATENDIMENTO

As operadoras de planos de saúde deverão disponibilizar postos de **atendimento presencial e canais atendimento telefônico** para atendimento à obrigatoriedade de imediata prestação de resposta aos consumidores sobre os procedimentos demandados referentes à cobertura assistencial. Veja a seguir:



3.1.1 ATENDIMENTO PRESENCIAL



As operadoras de planos de saúde deverão disponibilizar **unidade de atendimento presencial em horário comercial durante os dias úteis, nas capitais dos estados ou regiões de maior atuação dos seus planos.**

Ficam isentas dessa obrigatoriedade, **apenas**, operadoras de pequeno porte, as exclusivamente odontológicas, filantrópicas e as autogestões.



SAIBA MAIS

A ANS classifica o tamanho das operadoras de planos de saúde, a partir do número de consumidores vinculados à empresa:

Operadoras de grande porte: mais de 100 mil beneficiários vinculados.

Operadoras de médio porte: de 20 a 100 mil beneficiários vinculados.

Operadoras de pequeno porte: menos de 20 mil beneficiários vinculados.

3.1.2 ATENDIMENTO TELEFÔNICO

As operadoras de grande porte devem oferecer o atendimento telefônico durante 24 horas, sete dias por semana. As demais devem disponibilizar o atendimento telefônico em horário comercial durante os dias úteis.



DESTAQUE

Para atendimento aos casos de urgência e de emergência, TODAS as operadoras deverão disponibilizar um canal de atendimento telefônico disponível 24 horas, sete dias por semana.



3.2 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO



Independentemente do canal de atendimento utilizado pelo consumidor, as operadoras devem, **obrigatoriamente**, fornecer o número de protocolo ao consumidor, no início do atendimento ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva, ainda que indiretamente, cobertura assistencial. As operadoras deverão arquivar, pelo prazo de 90 dias, e disponibilizar, em meio impresso ou eletrônico, os dados do atendimento prestado ao consumidor, identificando o registro numérico de atendimento, assegurando a guarda, manutenção da gravação e registro.

O consumidor poderá requerer que as informações prestadas sejam lhe encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 horas. Caso solicitem, também poderão ter acesso ao inteiro teor do registro de seus atendimentos, em até 72 horas a contar da realização do pedido.



SAIBA MAIS

De acordo com o Decreto n. 6.523/2008, que estabelece as normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) (Decreto do SAC), temos que:

Art. 15. Será permitido o acompanhamento pelo consumidor de todas as suas demandas por meio de registro numérico, que lhe será informado no início do atendimento.

[...]



§ 3º *É obrigatória a manutenção da gravação das chamadas efetuadas para o SAC, pelo prazo mínimo de noventa dias, durante o qual o consumidor poderá requerer acesso ao seu conteúdo.*

§ 4º *O registro eletrônico do atendimento será mantido à disposição do consumidor e do órgão ou entidade fiscalizadora por um período mínimo de dois anos após a solução da demanda.*

Art. 16. O consumidor terá direito de acesso ao conteúdo do histórico de suas demandas, que lhe será enviado, quando solicitado, no prazo máximo de setenta e duas horas, por correspondência ou por meio eletrônico, a seu critério.

3.3 PRAZOS DE RESPOSTA À SOLICITAÇÃO DO CONSUMIDOR

As operadoras de planos de saúde deverão prestar aos seus beneficiários as devidas informações e orientações sobre o procedimento e/ou serviço assistencial solicitado, esclarecendo, de **forma imediata**, se há cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e/ou no correspondente instrumento contratual firmado para prestação do serviço de assistência à saúde suplementar.

Assim, em regra, as respostas aos consumidores sobre autorização ou negativa de procedimentos e/ou serviço de cobertura assistencial devem ser imediatas.

Nos casos em que não seja possível fornecer **resposta imediata** à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada, a operadora **tem prazo de até 5 (cinco) dias úteis** para apresentá-la diretamente ao beneficiário, ressalvados os casos de solicitações de procedimentos de alta complexidade (PAC) ou de atendimento em regime de internação eletiva, em que o prazo de resposta poderá ser **de até 10 (dez) dias úteis**, contendo as informações sobre as medidas adotadas para garantia da cobertura.



DESTAQUE

As solicitações de procedimentos e/ou serviços de urgência e de emergência devem ser autorizadas imediatamente pela operadora, observadas as normas legais e infralegais em vigor.

Ressalte-se que, em todos os casos, a operadora não pode negar ao consumidor o registro do protocolo da solicitação.

Prazos de resposta ao consumidor (RN n. 395/2016)	
Urgência e emergência	Resposta imediata
Casos em que não é possível resposta imediata (não sendo urgência e emergência)	Até 5 dias úteis
Procedimentos de alta complexidade (PAC) ou internações eletivas	Até 10 dias úteis





DESTAQUE

Importante verificar, ainda, que, independentemente desses prazos de resposta ao consumidor sobre autorização ou negativa do procedimento, em qualquer hipótese, é exigido às operadoras o cumprimento dos prazos para disponibilização dos atendimentos de cobertura assistencial obrigatória, previstos na RN n. 259/2011.

Ou seja, os prazos de resposta ao consumidor (RN n. 395/2016) em nada alteram os prazos de garantia de atendimento previstos na RN n. 259/2011, de forma que os prazos de resposta não devem ser confundidos com os prazos máximos para disponibilização de atendimentos, sendo necessário diferenciar os prazos de resposta, previstos na RN n. 395/2016, dos prazos de garantia de atendimento, previstos na RN n. 259/2011.

Assim, nos casos em que a Operadora não disponibilizar resposta imediata ao consumidor sobre eventual solicitação de autorização de procedimento e que, no entanto, os prazos máximos para garantia de atendimento, previstos na RN n. 259/2011, sejam inferiores aos prazos de resposta ao consumidor previstos na RN n. 395/2016, devem ser respeitados os prazos da RN n. 259/2011, tanto para resposta ao consumidor como para autorização de procedimento de cobertura assistencial obrigatória.



EXEMPLO

Primeira Situação: Solicitação de procedimento de diagnóstico laboratorial

- **Prazo de resposta ao consumidor (RN 395/16) – até 5 (cinco) dias úteis.**
- **Prazo de atendimento/disponibilização (RN 259/11) – até 3 (três) dias úteis.**

Nesse caso, considerando que a Operadora dispõe de apenas 3 (três) dias para garantir a realização do procedimento, deverá ser observado o menor prazo para



cumprimento das duas obrigações, ou seja, prazo máximo de até 3 (três) dias úteis para responder ao consumidor, bem como disponibilizar o atendimento demandado. Isto porque, nessa situação, é evidente que, se a operadora se utilizar do prazo de até 5 (cinco) dias para apresentação de resposta ao consumidor, ela irá incorrer em infração à legislação setorial por descumprimento do prazo de garantia de atendimento.

Segunda Situação: Solicitação de uma consulta na especialidade Pediatria.

- *Prazo de resposta ao consumidor (RN 395/16) – até 5 (cinco) dias úteis.*
 - *Prazo de atendimento/disponibilização (RN 259/11) – até 7 (sete) dias úteis.*
- Nesse caso, o prazo para que a operadora disponibilize o atendimento ao consumidor é de até 7 (sete) dias úteis, ou seja, a operadora tem 7 (sete) dias para garantir a realização da consulta pelo consumidor, sendo que, dentro desse prazo, dispõe de até 5 (cinco) dias para apresentar resposta ao consumidor sobre o atendimento demandado.*



Terceira Situação: o consumidor necessita realizar um procedimento cirúrgico em regime de internação eletiva, ou seja, não emergencial.

- *Prazo de resposta ao consumidor (RN 395/16) – até 10 (dez) dias úteis.*
- *Prazo de atendimento/disponibilização (RN 259/11) – até 21 (vinte e um) dias úteis.*

Nesse caso, a operadora tem até 21 (vinte e um) dias para garantir que o consumidor realize a cirurgia demandada, sendo que, dentro desse prazo e a partir da solicitação do procedimento, dispõe de até 10 (dez) dias para apresentar resposta ao consumidor sobre o pedido de cirurgia apresentado.



3.4 DA NEGATIVA DE COBERTURA ASSISTENCIAL POR ESCRITO

Com a edição da RN n. 395/2016, a ANS regulamentou a aplicação do direito básico do consumidor relativo à garantia de acesso à informação sobre serviços, nos casos de negativa de cobertura assistencial.

Assim, o normativo determina que, havendo negativa de autorização para realização de procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado (seja ele credenciado da operadora ou não), a operadora deverá **informar detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa**, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.

O consumidor poderá solicitar, sem qualquer ônus, que a negativa seja reduzida a termo e encaminhada (por correspondência ou meio eletrônico) no prazo máximo de 24 horas.

Em caso de negativa, o consumidor poderá, também, requerer a reanálise de sua solicitação, que deverá ser apreciada pela Ouvidoria da operadora ou pelo seu representante institucional.

No mesmo ato de fornecimento da resposta direta ao beneficiário, a operadora deverá informá-lo acerca do prazo, forma e procedimento a serem observados para apresentação do requerimento de reanálise, inclusive no que se refere à instauração



de junta médica, caso haja manifestação de divergência médica quanto ao pedido de procedimento apresentado pelo médico assistente ou profissional de saúde solicitante.



IMPORTANTE

Importante destacar que, se a Operadora dificultar ou tentar impedir essa reanálise, será configurada infração, podendo a Operadora ser multada por descumprimento às regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de procedimentos de cobertura assistencial.

Em caso de descumprimento às regras de atendimento ao consumidor dispostas na RN n.395/2016, a operadora estará sujeita à multa. E, da mesma forma, caso venha a se configurar a negativa de cobertura assistencial, também será aplicada multa pecuniária, conforme os termos da legislação setorial vigente (RN n. 124/2006).

4 TRANSPARÊNCIA DE INFORMAÇÕES AO CONSUMIDOR SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Com o objetivo de ampliar a transparência da informação e garantir aos consumidores de planos de saúde o acesso aos dados relevantes sobre a utilização dos serviços de saúde, bem como acompanhar a utilização do plano ao longo de sua permanência na operadora, a ANS editou a RN n. 389/2015, que dispõe sobre a obrigatoriedade imposta às operadoras, acerca da criação de uma área exclusiva com informações individualizadas, em seus portais na Internet, para os consumidores de planos de saúde e para as empresas contratantes de planos coletivos.





As informações destinadas aos consumidores contemplam os dados cadastrais do usuário e o histórico completo de utilização do plano, com o registro das consultas, dos exames e das internações realizados. Devem constar, ainda, a data de realização do procedimento, dados de identificação do prestador e valor global das despesas. Essas informações devem ser disponibilizadas semestralmente. Todo o histórico da utilização dos serviços será disponibilizada durante a vigência do contrato.

Já as empresas passarão a ter acesso às informações antecipadas sobre o cálculo do reajuste a ser aplicado pelas operadoras nos contratos coletivos empresariais e por adesão.

A intenção da Agência, na imposição disposta no normativo, refere-se, sobretudo, à possibilidade de engajamento do consumidor no que se refere ao acompanhamento dos serviços realizados e dos custos dos mesmos.

Para saber mais sobre a RN n. 389/2015, veja o **1º Boletim Consumo e Saúde Suplementar**, elaborado em parceria entre Senacon e ANS.



CONSUMO E PLANOS DE SAÚDE

BOLETIM INFORMATIVO
DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
EM PARCERIA COM A
SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR

14 de janeiro/2016 – Ano 1 – Número 1

RN DA TRANSPARÊNCIA - OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE SÃO OBRIGADAS A CRIAR ÁREA EXCLUSIVA PARA OS CONTRATANTES EM SEUS PORTAIS NA INTERNET

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determinou que todas as operadoras de planos de saúde devem ter, a partir de 2016, áreas específicas em seus portais na internet com informações individualizadas para os consumidores de plano de saúde individual/familiar, antigo ou regulamentado, empresarial e coletivo por adesão, bem como para as pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos.

A medida foi determinada pela Resolução Normativa nº 389/2015 com o objetivo de ampliar a transparência da informação e garantir ao beneficiário de planos de saúde dados relevantes que possibilitem acompanhar a utilização de procedimentos feitos ao longo de sua permanência na operadora. Já as pessoas jurídicas contratantes poderão saber, com pelo menos 30 dias de antecedência, a fórmula do reajuste da mensalidade do plano.

POR DENTRO DAS REGRAS



O que é:

Espaço exclusivo no portal das operadoras com informações para todos os beneficiários de planos de saúde. O acesso será restrito ao beneficiário, titular ou dependente, e os dados só poderão ser visualizados com o uso de **login e senha**.



O que deve conter:

Informações cadastrais: Relação mínima de dados do beneficiário, do plano contratado e da operadora, como nome, data de nascimento, número do contrato, data de contratação do plano e prazo máximo previsto para carências.

Informações sobre utilização do plano: Histórico de todos os procedimentos – consultas, exames, terapias e internações – realizados pelo beneficiário na rede credenciada, referenciada, cooperada ou fora da rede (quando houver cobertura para reembolso), com data de realização e valor correspondente.



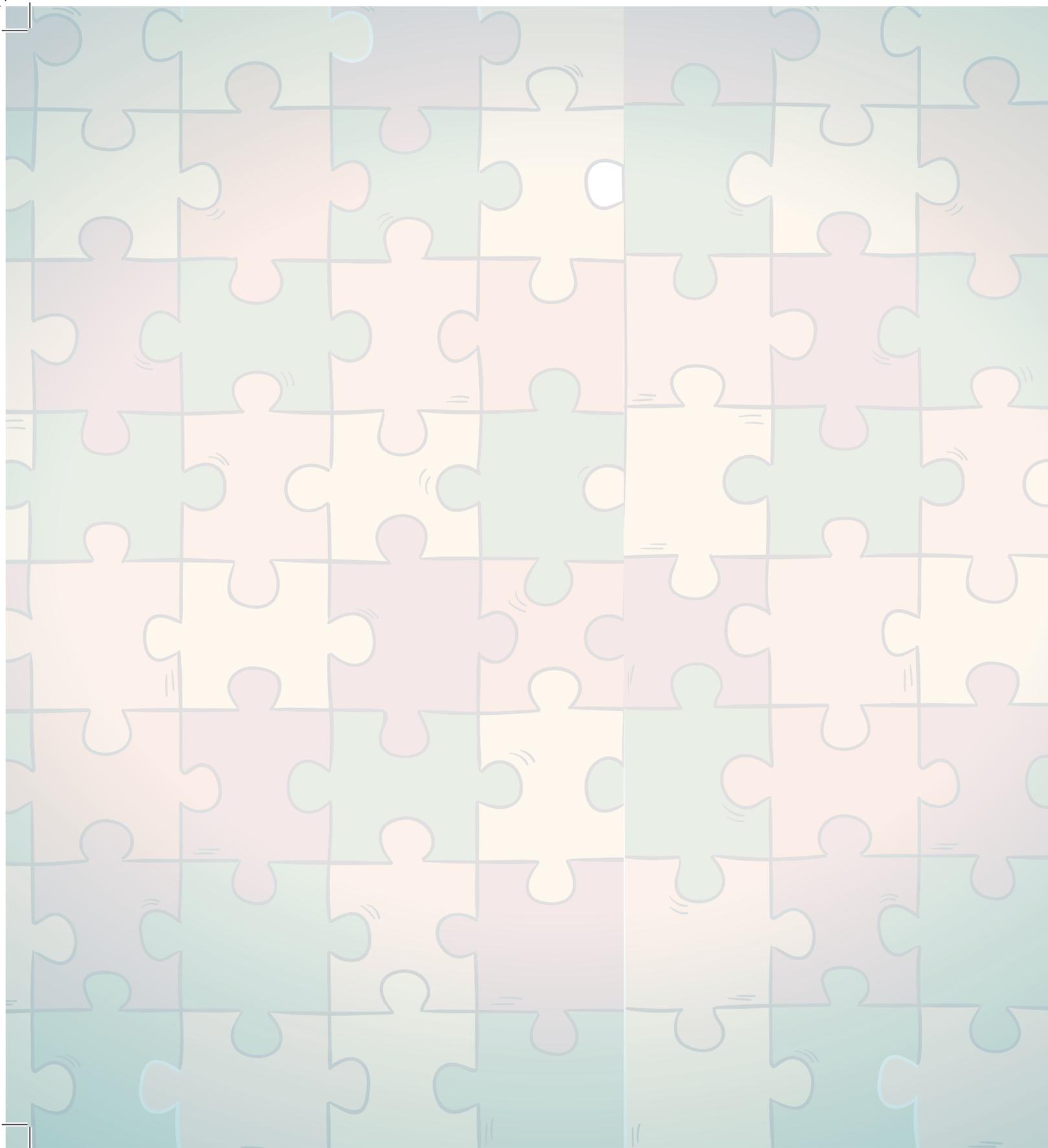
Quando entra em vigor:

As informações cadastrais serão disponibilizadas a partir do dia **1º de janeiro de 2016**. O primeiro extrato sobre utilização do plano será fornecido ao beneficiário até o **último dia útil de agosto de 2016** e será atualizado semestralmente, em agosto e fevereiro.



Capítulo 5

SOLUÇÃO DE EXTRAJUDICIAL DE CONFLITOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR





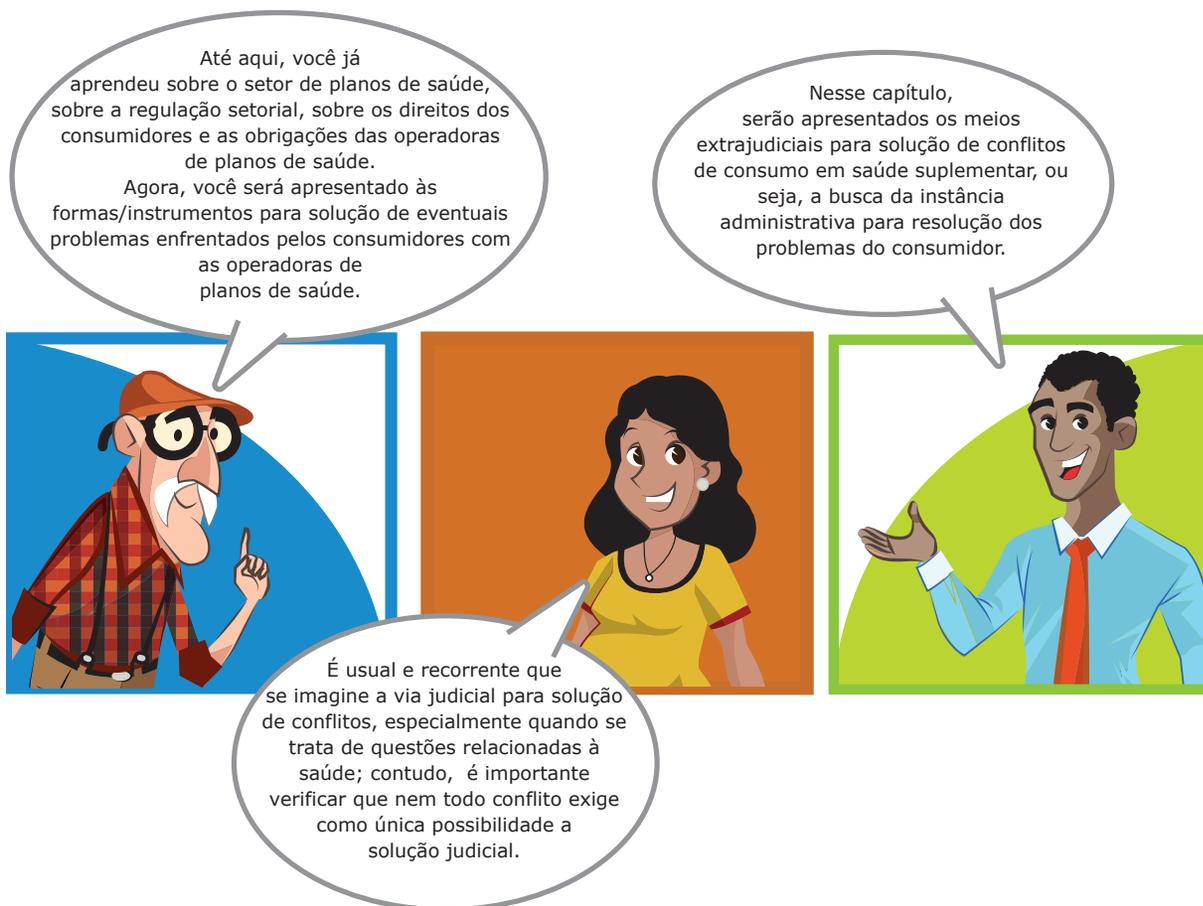
Olá!
Chegamos ao capítulo 5
"Solução Extrajudicial de
Conflitos em Saúde
Suplementar" do Curso Planos
de Saúde e Relações de
Consumo!

Neste capítulo você
conhecerá mecanismos para
a solução de conflitos de
consumo em saúde
suplementar na via
administrativa.
Vamos lá?





1 SOLUÇÃO EXTRAJUDICIAL DE CONFLITOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR



Na esfera administrativa, em caso de violação de um direito pela operadora de plano de saúde, para registro de denúncias de desrespeito à legislação setorial ou de descumprimento contratual, o consumidor pode recorrer à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), aos órgãos de proteção e a defesa do consumidor ou, ainda, pode utilizar-se da plataforma consumidor.gov.br para registro de sua reclamação, conforme veremos a seguir.



Importante lembrar que o consumidor deve, sempre, em um primeiro momento, tentar resolver o seu problema com a operadora de planos de saúde. Assim, o consumidor deve buscar a sua operadora, em qualquer um dos canais de atendimento disponíveis para apresentar a sua solicitação de procedimentos e/ou esclarecimentos. Conforme estudado, a operadora, por sua vez, deve respeitar os prazos de resposta e de atendimento ao consumidor.

Em caso de descumprimento pela operadora de planos de saúde, no que se refere às suas obrigações relativas à apresentação de resposta ao consumidor e/ou em caso de descumprimento à legislação setorial, este poderá recorrer à instância administrativa para resolução do seu conflito de consumo. Ou seja, não conseguindo resolver o seu problema ou ter a sua demanda atendida, por meio do contato direto com a sua operadora, o consumidor deve denunciar os fatos a fim de ter os seus direitos garantidos. Assim, além de poder recorrer à instância judicial, o beneficiário de planos de saúde pode recorrer à via administrativa para resolução do conflito.

Vamos conhecer como a ANS auxilia o consumidor na solução de conflitos de consumo?

1.1 SOLUÇÃO DE CONFLITOS DE CONSUMO NA ANS

A missão institucional da ANS concentra-se na promoção da defesa do interesse público na assistência à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com os prestadores de serviços de saúde e com os consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Assim, em cumprimento à sua finalidade institucional, e no exercício de sua atividade reguladora e fiscalizatória, a ANS instituiu a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), instrumento que permite à Agência mediar conflitos entre consumidores e operadoras de planos privados de saúde.



A intermediação dos conflitos pela ANS começa após o contato do consumidor com a agência informando que a operadora não atendeu sua demanda referente ao plano de saúde, o que pode ser feito através do telefone 0800-7019656 (Disque ANS), pelo preenchimento de um formulário eletrônico disponível no site da ANS (<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/acompanhamento-de-solicitacoes>) ou pela denúncia presencial do consumidor em um Núcleo de Atendimento da ANS.



A agência possui 12 núcleos de atendimento, localizados em diferentes partes do Brasil para orientações a qualquer cidadão interessado em tirar dúvidas ou fazer denúncias sobre planos de saúde. O atendimento presencial nos Núcleos da ANS é disponibilizado de segunda a sexta-feira, das 08h30 às 16h30. Confira os endereços dos Núcleos da ANS: <http://www.ans.gov.br/aans/nossos-enderecos>.

1.1.1 NOTIFICAÇÃO DE INTERMEDIÇÃO PRELIMINAR – NIP

O procedimento da NIP consiste em um instrumento de intermediação pela ANS que visa à solução consensual de conflitos entre consumidores e operadoras de planos privados de assistência à saúde (inclusive, as operadoras classificadas como Administradoras de Benefícios), além de representar a fase pré-processual para solução de conflitos.

A NIP foi instituída em 2010, tendo como escopo de atuação inicial o tratamento de demandas de consumidores que envolvessem problemas exclusivamente relacionados à limitação de cobertura assistencial. Desde a sua implementação, a ANS identificou o alto índice de resolução de conflitos da NIP. Segundo a Agência, em 2013, o percentual de resolução chegou a 85,5%, o que significa que, a cada 5 reclamações de consumidores, 4 foram resolvidas pela NIP.



Nesse sentido, em 2013, devido ao bom desempenho da NIP considerado pela ANS na solução de litígios existentes entre operadoras de planos de saúde e consumidores, a ANS decidiu ampliar o escopo da NIP para tratamento inicial de todas as demandas de consumidores recebidas na Agência.



IMPORTANTE

Desde 2013, todas as reclamações de consumidores recebidas na ANS, relativas às denúncias sobre descumprimento de normas legais, regulamentares ou contratuais, relacionadas a problemas de natureza assistencial ou não, tem o seu tratamento inicial realizado através da NIP.

O processamento da NIP é feito exclusivamente em meio eletrônico, através de um espaço próprio no portal da ANS (Espaço NIP).

As demandas dos consumidores, realizadas por qualquer um dos canais de atendimento disponíveis, são registradas e podem ser acompanhadas no site da Agência. Da mesma forma, as operadoras também têm um espaço próprio, no Portal da ANS, onde são notificadas sobre as demandas de consumidores recebidas e no qual devem anexar suas respostas.



Recebida a denúncia, a operadora é notificada através de um dispositivo comunicacional, a fim de estabelecer a adequada e ágil ligação entre consumidores e operadoras.

A NIP possibilita que as operadoras reparem suas condutas irregulares em fase preliminar evitando, assim, a abertura de processos administrativos sancionadores e/ou processos judiciais para resolução de conflitos.



1.1.2 O PROCEDIMENTO DA NIP - FASES E PRAZOS

O procedimento da NIP encontra-se regulamentado pela ANS, na Resolução Normativa n. 388/2015. De acordo com o normativo, a NIP é classificada em duas possibilidades, conforme o teor da denúncia do consumidor:

I - NIP assistencial	→	aquelas em que a Notificação tem como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial.
II - NIP não assistencial	→	aquelas em que a Notificação tem como referência quaisquer outros assuntos não relacionados à cobertura assistencial, desde que o consumidor seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de mediação.

Para o registro da reclamação na ANS, o consumidor deverá apresentar o número de protocolo gerado pela operadora de planos de saúde em quaisquer canais de atendimento a fim de comprovar que buscou, previamente, a sua operadora para solução de seu problema.



DESTAQUE

LEMBRE-SE: De acordo com a legislação setorial, é obrigação imputada à operadora de planos de saúde fornecer o protocolo de atendimento logo no início do atendimento ao consumidor ou logo que seja identificado tratar-se de demanda relacionada à cobertura assistencial, conforme previsto no artigo 8º da Resolução Normativa n. 395/2016:

Art. 8º- Sempre que houver a apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial pelo beneficiário, independentemente do canal pelo qual seja realizado ou qual seja sua finalidade, deverá ser fornecido



número de protocolo como primeira ação, no início do atendimento ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva, ainda que indiretamente, cobertura assistencial.

As comunicações entre a ANS e as operadoras são realizadas através do espaço próprio das operadoras no Portal da ANS, razão pela qual, todas as operadoras de planos de saúde são obrigadas a se cadastrar no Espaço NIP, a fim de acompanhar as demandas recebidas, verificar as notificações que lhes foram encaminhadas, visualizar documentos e realizar os atos pertinentes no âmbito da NIP.

Da mesma forma, o consumidor poderá efetuar o cadastro no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br) para ter acesso à NIP originada de sua reclamação, incluindo a resposta anexada pela Operadora. Independentemente do cadastro, o consumidor poderá ter acesso às informações sobre a NIP originada de sua denúncia, através dos demais canais de atendimento da agência.

Recebida a denúncia do consumidor na ANS, a operadora é notificada para que adote as medidas necessárias para a solução da demanda junto ao interessado, nos seguintes prazos:

I - NIP assistencial → até 5 dias úteis.

II - NIP não assistencial → até 10 dias úteis.



DESTAQUE

Dentro desses mesmos prazos, a operadora deverá cientificar o consumidor sobre a resolução do conflito.



Além de cumprir os prazos acima para solução da demanda e da comunicação ao consumidor, a operadora deverá também responder à NIP no endereço eletrônico da ANS. A resposta da operadora deverá ser anexada no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br) em até 10 (dez) úteis da notificação, acompanhada de todos os documentos necessários para a análise da demanda, incluindo a comprovação de contato com o beneficiário ou seu interlocutor.

A documentação anexada pela operadora deverá demonstrar de forma inequívoca:

I - a solução da demanda, comprovando, por qualquer meio hábil, que o beneficiário foi cientificado da resolução do conflito, no prazo de 5 (cinco) dias úteis na NIP assistencial e no prazo de 10 (dez) dias úteis na NIP não assistencial, informando qual meio de contato utilizado, a data e o seu respectivo teor; ou

II - a não procedência da demanda.



IMPORTANTE

Assim, nos casos de NIP assistencial, a operadora deverá, em até 5 (cinco) dias úteis, atender a demanda do consumidor e enviar-lhe comunicado informando a resolução do conflito. Em seguida terá ainda mais cinco dias para responder a NIP à ANS. Porém nos casos de NIP não assistencial, a operadora terá 10 (dez) dias úteis para, no mesmo prazo, solucionar a demanda, enviar comunicado ao consumidor e responder à ANS.

O consumidor deve informar à ANS se o conflito foi ou não solucionado pela operadora em até 10 (dez) dias do prazo final da NIP. A demanda será considerada resolvida se o beneficiário informar, dentro desse prazo, que o conflito foi solucionado pela operadora, ou se o beneficiário não retornar o contato com a ANS noticiando que sua demanda ainda carece de solução.



DESTAQUE

A presunção de resolução disposta acima não impede que o consumidor, a qualquer tempo, retorne o contato com a ANS, a fim de informar da não solução de seu problema, o que acarretará a reabertura da demanda e o encaminhamento para classificação.

Exaurida a fase pré-processual e, comprovadamente, não tendo sido solucionado o problema denunciado e, tendo sido a demanda classificada como não resolvida, ou seja, comprovadamente, não tendo sido solucionado o problema denunciado pelo consumidor, a demanda será encaminhada para abertura de processo administrativo sancionador para apuração de infração a dispositivos legais ou infralegais disciplinadores do mercado de saúde suplementar e aplicação da sanção cabível.



SAIBA MAIS

PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO PELA ANS

Os dados da NIP são utilizados pela ANS para a realização do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, que tem como insumo as demandas de natureza assistencial.

O Monitoramento da Garantia do Atendimento foi instituído pela ANS, em 2012, com o objetivo principal de monitorar o cumprimento dos prazos de garantia de



atendimento estabelecidos pela ANS, na RN n. 259/2011. Em fevereiro de 2013 foi publicada a Instrução Normativa da DIPRO n. 42, ampliando o seu escopo, quando passaram a ser consideradas todas as reclamações relacionadas à cobertura assistencial recepcionadas na ANS. Atualmente, o Programa é regulamentado pela Instrução Normativa da DIPRO n. 48/2015, que dispõe sobre as regras de acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

A partir do resultado do monitoramento, é possível constatar as operadoras que oferecem risco à assistência, em face ao reiterado descumprimento dos prazos máximos para realização de consultas, exames e cirurgias ou negativa de cobertura assistencial.

O Programa de monitoramento da garantia do atendimento, realizado a partir das denúncias de consumidores de planos de saúde, permite à ANS identificar os planos que concentram as reclamações de beneficiários e, a partir dessa verificação, são aplicadas medidas administrativas às operadoras que oferecem risco à assistência. As operadoras que se enquadrarem por dois ciclos consecutivos do monitoramento na faixa considerada mais gravosa podem ficar impedidas de comercializar os seus planos de saúde, sendo proibido o ingresso de novos consumidores nesses planos até que a Operadora regularize o seu atendimento, o que deverá ser evidenciado pela diminuição de reclamações de consumidores.

O Programa classifica as operadoras em faixas de pontuação, de acordo com o seu desempenho. As operadoras enquadradas nas faixas superiores do monitoramento apresentam um pior resultado no indicador de acesso às coberturas assistenciais.

A classificação de todas as operadoras de planos de saúde no programa é realizada trimestralmente pela ANS, e divulgada/disponibilizada no Portal da ANS, o que permite ao consumidor a comparação entre as empresas, identificando as que prestam melhor assistência e aquelas que apresentam maior risco assistencial.

Para acessar o Programa de Monitoramento de Garantia de Atendimento da ANS, consulte o link: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/>



informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/monitoramento-de-garantia-de-atendimento.

Pelo mesmo link pode-se verificar ainda os planos de saúde que se encontram com a comercialização suspensa.

A divulgação dessas informações pela ANS permite subsidiar o consumidor na escolha consciente de um plano de saúde, bem como representa um incentivo concorrencial para as operadoras, em busca de melhores resultados.

1.2 SOLUÇÃO DE CONFLITOS DE CONSUMO NOS PROCONS



Você sabia que em caso de problemas com o seu plano de saúde, o consumidor também pode recorrer ao Procon de sua região para buscar a resolução do seu conflito? Veja um pouco da história do Procon.

A criação dos Procons se fundamenta na obrigação constitucional do Estado de promover a defesa do consumidor, disposta no artigo 5º, XXXII, da Constituição Federal. Nesse sentido, os Procons cumprem a tarefa do Estado de proteger ativamente o consumidor por meio da fiscalização das relações de consumo e da solução de conflitos individuais e coletivos na via administrativa.

Os Procons já existiam mesmo antes da vigência do Código de Defesa do Consumidor (CDC). Mas foi a partir do advento do CDC, em 1990, que ganharam autonomia para realizar a tutela dos interesses coletivos e difusos dos consumidores,



principalmente por meio dos poderes que lhes foram delegados para a fiscalização das relações de consumo e punição dos fornecedores que desrespeitassem preceitos do CDC, e para propositura de ações coletivas.

Entretanto, mesmo com os poderes atuais de proteção e de defesa da coletividade, os Procons ainda mantêm a antiga prática de funcionar como verdadeira instância de solução dos problemas individuais dos consumidores, utilizando diversas estratégias, inclusive promovendo audiências entre consumidores e fornecedores reclamados.

A atuação desses órgãos na resolução de conflitos é cada vez maior na atual sociedade de consumo, sobretudo porque, além de apresentarem elevados índices de acordos, proporcionam soluções rápidas às demandas do cidadão, evitando o encaminhamento desses conflitos ao Judiciário.

Diariamente, esses órgãos atendem a milhares de conflitos entre cidadãos e fornecedores. O atendimento prestado pelo Procon permite contato direto com o consumidor e oportuniza uma orientação efetiva.

Por meio da utilização de ferramentas adequadas a cada situação apresentada pelo consumidor, que vai desde o contato telefônico até a realização de audiências com as operadoras de planos de saúde, é possível intermediar os conflitos denunciados e obter altos níveis de resolução.

Dessa forma, e como estudado, considerando que o beneficiário de planos de saúde se enquadra no conceito de consumidor, previsto no CDC, o Procon também atua na resolução de conflitos de consumo existentes entre beneficiários e operadoras de planos de saúde. Ou seja, o Procon também se apresenta como instrumento para resolução de conflitos de consumo em saúde suplementar, podendo o consumidor de planos de saúde recorrer ao Procon para intermediação na solução de seu problema junto à operadora e/ou administradora do plano de saúde pela via administrativa.



1.3 SISTEMA ALTERNATIVO PARA SOLUÇÃO DE CONFLITOS DE CONSUMO – CONSUMIDOR.GOV.BR



A Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), em 28 de agosto de 2013, instituiu um Grupo de Trabalho (GT), composto por técnicos de Procons de cada uma das cinco regiões brasileiras para, de forma colaborativa, discutir um novo modelo de atendimento aos consumidores.

Dentre os vários desafios do Grupo de Trabalho, estava o de conceber meios de ampliar o atendimento, inclusive àquelas localidades onde não há atuação administrativa na área de defesa do consumidor e, portanto, não há atendimento prestado ao cidadão.



DESTAQUE

Na ocasião, as discussões sinalizaram a percepção coletiva sobre a necessidade da criação de uma nova plataforma de interação que, por meio da internet, permitisse comunicação direta entre consumidores e fornecedores em prol da solução consensual de conflitos de consumo.

Neste contexto surgiu o consumidor.gov.br, que consiste em uma plataforma pública para solução de conflitos de consumo por meio da Internet através da interlocução direta entre consumidores e empresas.



Por se tratar de um serviço provido e mantido pelo Estado, com ênfase na interatividade (**comunicação direta**) entre consumidores e fornecedores, a participação de empresas no consumidor.gov.br só é permitida àquelas que aderem formalmente ao serviço, mediante assinatura de termo no qual se comprometem a conhecer, a analisar e a investir todos os esforços disponíveis para a solução dos problemas apresentados **no prazo de 10 (dez) dias**. O consumidor, por sua vez, deve se identificar adequadamente e comprometer-se a apresentar todos os dados e informações relativas à reclamação relatada.



IMPORTANTE

A ferramenta, concebida com base em princípios de transparência e de controle social, fornece ao Estado informações essenciais à elaboração e à implementação de políticas públicas de defesa dos consumidores e incentiva a competitividade no mercado pela melhoria da qualidade e do atendimento ao consumidor.



A plataforma é de fácil navegação. Em síntese, o atendimento realizado por meio do consumidor.gov.br ocorre da seguinte forma:

VEJA COMO É *simples e participe.* É BOM PARA TODAS AS PARTES.

1 Você está com um **problema** de consumo e não conseguiu resolver no contato com a empresa?

2 Acesse o: **consumidor.gov.br**
É seu. É fácil. Participe.

3 Grandes empresas já aderiram ao sistema. Confira se aquela que você procura já está lá.

4 Ao localizar a empresa, clique em **Registrar Reclamação** e preencha todos os dados e confirme sua reclamação.

5 Depois de registrar a reclamação, você precisa se cadastrar, para acompanhar o andamento do seu registro. Clique no botão mostrado abaixo e preencha seu cadastro com os dados solicitados.

6 Pronto. Sua reclamação foi registrada e seus dados cadastrados. Agora você precisa aguardar o prazo para que a empresa se manifeste.

7 Sempre que quiser, consulte sua reclamação, fazendo o **login** na página inicial e depois clicando no número do protocolo da sua reclamação.

8 Registrada a reclamação, a empresa terá **10 dias** para respondê-la.

9 Postada a resposta pela empresa, **você tem prazo de 20 dias para avaliá-la.** Sua avaliação é muito importante para o monitoramento do desempenho das empresas participantes.

Transparência da informação

Indicadores apresentam o desempenho das empresas

Acesso público a todas as reclamações registradas

Site Responsivo **APP Mobile**

Lembre-se: Caso a empresa que você procura ainda não faça parte, você pode buscar o órgão de defesa do consumidor mais próximo de você. Acesse www.acaojustica.gov.br para ver uma lista com endereços, telefones e, em alguns casos, sites

Lembre-se: Caso você não avalie, sua reclamação será considerada resolvida.

Você considera sua reclamação: Resolvida / Não Resolvida

Analisar de 1 a 5 estrelas de satisfação com o atendimento da empresa

Muito insatisfeito **1** **2** **3** **4** **5** **Muito satisfeito** **Confirmar**

Você se manifesta } **A empresa responde** } **Você avalia** } **Todos monitoram**

Pesquise a empresa **ir**

Empresas Participantes



O serviço foi criado por meio da edição da Portaria do Ministério da Justiça e Segurança Pública n. 1.184, de 1º de julho de 2014. Em 19 de novembro de 2015, tendo em vista o disposto no art. 4º, caput, incisos III e V, da Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990 (CDC), foi editado, pela Presidência da República, o Decreto n. 8.573, que institucionalizou o consumidor.gov.br como sistema alternativo de solução de conflitos de consumo.

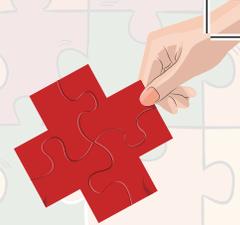
O consumidor.gov.br apresenta o perfil das empresas participantes, com informações atualizadas sobre a quantidade de reclamações finalizadas por empresa, índice de solução, de satisfação do consumidor com o atendimento recebido, percentual e prazo médio de respostas, bem como permite a comparação de indicadores de atendimento e solução entre empresas.

O índice médio de resolução do consumidor.gov.br é de 80%, o que significa que 8 em cada 10 reclamações apresentadas são resolvidas, e o prazo médio de resolução são de 7 (sete) dias.

Para verificar as empresas de planos de saúde que já aderiram ao consumidor.gov.br, tendo assumido o compromisso de interlocução direta com os seus consumidores para promoção da resolução extrajudicial de conflitos em saúde suplementar, consulte o portal “consumidor.gov.br”, no link “empresas participantes”, segmento “Operadoras de planos de saúde e Administradoras de benefícios”.



REFERÊNCIAS



ACIOLE, Giovanni Gurgel. A saúde no Brasil – cartografias do público e do privado. Campinas – São Paulo: Hucitec, 2006.

BAHIA, Ligia. Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

_____. et al. Os planos de saúde empresariais: tensões entre a concepção de benefício social e a regulação do mercado de assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados do setor. Brasília, 2003. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/dados_setor/dadosobreoperadoras_topico_6679.asp?topico=operadoras.

_____. Código Civil Brasileiro. São Paulo: Saraiva.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998. OU BRASIL, Constituição. Constituição Federal Brasileira de 1988.

_____. Glossário temático: saúde suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 122p.

_____. Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Código de Defesa do Consumidor. Brasília, DF, 12 set. 1990.

_____. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

_____. Lei nº 9.656, de junho de 1998. Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde. Brasília, 1998.

_____. Lei n.º 9.961/2000. Dispõe sobre a criação da ANS. Brasília, 2000(a).

_____. Lei nº 10.185, de 2 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

_____. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

_____. Lei nº 12.653, 28 de maio de 2012. Acresce o art. 135-A ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para tipificar o crime de condicionar atendimento médico-hospitalar emergencial a qualquer garantia e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar – beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: set./2011.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº 469. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.

FARIAS, Luis Otávio; MELAMED, Clarice. Segmentação do mercado e assistência à saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, nº 2, 2003, p. 585-598.

OCKÉ-REIS, Carlos Otávio. A regulação dos planos de saúde no Brasil: uma gestão sem política? Rio de Janeiro: Ipea, 2003.

TRETTEL, Daniela Batalha. Planos de saúde na visão do STJ e do STF. São Paulo: Verbatim, 2009.

_____. Manual de planos de saúde. 1.ed. Brasília: Secretaria Nacional do Consumidor, 2014. 142 p.

VIEIRA, M.M.F; VILARINHO, P.F. O Campo da Saúde Suplementar no Brasil. In: Revista Ciências da Administração - RCA, v.6, n. 11, p. 09-34, jan/jul. 2004.