

CARÊNCIA



EXAMES



DIREITOS DO
CONSUMIDOR



FISIOTERAPIA



COBERTURAS



PLANEJAMENTO
FAMILIAR



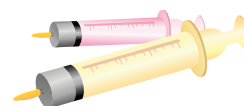
CIRURGIAS



INTERNAÇÕES



CONSULTAS



URGÊNCIAS



CONTRATOS



ATENDIMENTO
DOMICILIAR



MANUAL DE PLANOS DE SAÚDE





CARÊNCIA



EXAMES



DIREITOS DO
CONSUMIDOR



FISIOTERAPIA



COBERTURAS



PLANEJAMENTO
FAMILIAR



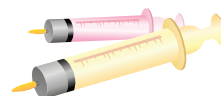
CIRURGIAS



INTERNAÇÕES



CONSULTAS



URGÊNCIAS



CONTRATOS



ATENDIMENTO
DOMICILIAR



MANUAL DE PLANOS DE SAÚDE



MANUAL DE PLANOS DE SAÚDE

1ª Edição
Brasília / DF - Brasil
2014



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR
DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR**

MANUAL DE PLANOS DE SAÚDE

**1ª Edição
Brasília / DF - Brasil
2014**

2014 © 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.

Tiragem: 2.500 exemplares

Impresso no Brasil

Manual de Planos de Saúde

Edição e Distribuição

Ministério da Justiça

Secretaria Nacional do Consumidor

Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor

Escola Nacional de Defesa do Consumidor

Equipe Técnica

Autora

Daniela Batalha Trettel

Capa/ Ilustração e Diagramação

Maysa Bittar Bettarello

Karina Guaraldo

Supervisão

Danilo Cesar Maganhoto Doneda

Andiara Maria Braga Maranhão

Carlos Chagas Ferreira de Souza

Liziane Peter da Silva Gusmão

Hágatta Guedes Fonseca de Brito

Coordenação

Juliana Pereira da Silva

Amaury Martins de Oliva

368.382

M294p

Manual de planos de saúde / Daniela Batalha Trettel ; coordenação : Juliana Pereira da Silva e Amaury Martins de Oliva. -- 1.ed. Brasília: Secretaria Nacional do Consumidor, 2014.

142 p.

ISBN : 978-85-85820-69-5

1. Plano de saúde, regulamentação 2. Proteção e defesa do consumidor. I. Trettel, Daniela Batalha. II. Silva, Juliana Pereira da (coord.). III. Oliva, Amaury Martins de (coord). IV. Brasil. Secretaria Nacional do Consumidor.

CDD

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) do Ministério da Justiça, por meio da Escola Nacional de Defesa do Consumidor (ENDC), apresenta o Manual sobre Planos de Saúde e Relações de Consumo, elaborado com a finalidade de servir como instrumento de estudo e debate sobre as normas e 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 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.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ao final do ano de 2013 contabilizam-se mais de 50 milhões de beneficiários de planos de assistência médica e 20 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, o que representa um crescimento de mais de 4,6% e 8,2%, respectivamente, em relação ao ano de 2012.

Esses milhões de consumidores podem ser expostos a práticas prejudiciais como, 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 manual tem 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 (como funciona, 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). Cabe ressaltar que aos contratos de planos de saúde, independente da forma de contratação, se individual ou coletiva, devem ser aplicados o Código de Defesa do Consumidor (CDC), entendimento emanado na Nota Técnica nº 19/ CGEMM/ DPDC/ SENACON/ 2012.

Agradecemos a consultora da Secretaria Nacional do Consumidor e especialista em planos de saúde, Daniela Batalha Trettel, pela elaboração do presente manual. Esperamos que ele 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



SUMÁRIO

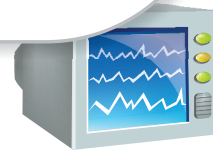
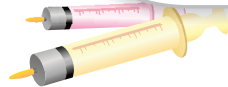
INTRODUÇÃO.....	19
1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE.....	25
1.1 O Delineamento das Atuais Operadoras de Planos de Saúde.....	26
1.2 Ampliação do Mercado de Planos de Saúde.....	27
1.3 A Regulamentação dos Planos de Saúde.....	29
1.4 A Aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos Planos de Saúde.....	32
2 PARA COMPREENDER O SETOR DE PLANOS DE SAÚDE.....	39
2.1 Órgãos Reguladores do Setor de Planos de Saúde.....	39
2.1.1 Ministério da Saúde.....	39
2.1.2 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).....	39
2.1.3 Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU).....	40
2.2 Principais Diplomas Legais Aplicáveis.....	41
2.2.1 Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.....	41
2.2.2 Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.....	41
2.2.3 Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.....	41
2.2.4 Atos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).....	41
2.2.5 Atos do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU).....	42
2.3 Conceitos.....	43
2.3.1 Planos de Saúde.....	43
2.3.2 Operadora de Planos de Saúde.....	43
2.4 Classificações dos Planos de Saúde de Acordo com Características Contratuais.....	47
2.4.1 Modalidade de Contratação.....	47
2.4.2 Data da Assinatura do Contrato.....	48
2.4.3 Cobertura Assistencial/Segmentação.....	49
3 PROBLEMAS ENFRENTADOS PELOS CONSUMIDORES.....	55
3.1 Contratação.....	55
3.1.1 Orientações Sobre os Cuidados na Contratação do Plano de Saúde.....	55
3.1.2 Dificuldade para Contratar o Serviço ou Recusa Injustificada.....	56
3.1.3 Declaração de Saúde.....	57
3.1.4 Cobrança de Taxa de Adesão para Contratação ou de Corretagem.....	59
3.1.5 Descumprimento de Promessa (oferta) do Corretor.....	59
3.1.6 Recusa de Inclusão/Exclusão de Dependente.....	59
3.1.7 Inclusão de Filhos no Plano de Saúde.....	60
3.1.8 Recusa de Contratação com Consumidor Idoso ou com Doença Preexistente.....	60
3.2 Reajustes.....	61
3.2.1 Reajuste Anual.....	61

3.2.2	Reajuste por Mudança de Faixa Etária.....	64
3.2.3	Reajuste por Mudança de Faixa Etária e o Estatuto do Idoso.....	67
3.2.4	Reajuste por Aumento de Sinistralidade.....	69
3.3	Cancelamento de Contrato.....	70
3.3.1	Cancelamento do Contrato pelo Consumidor.....	70
3.3.2	Cancelamento do Contrato pela Operadora de Plano de Saúde por Inadimplência do Consumidor ou Fraude.....	70
3.3.3	Rescisão Unilateral pela Operadora de Plano de Saúde.....	71
3.4	Carências e Cobertura Parcial Temporária.....	72
3.4.1	Carências e Coberturas Parciais Temporárias Permitidas pela Legislação.....	72
3.4.2	Agravo.....	74
3.4.3	Urgências e Emergências.....	75
3.4.4	Carência por Atraso no Pagamento.....	78
3.5	Portabilidade de Carências.....	78
3.5.1	Portabilidade de Carências Especiais (quebra de operadoras, extinção de contrato coletivo por adesão ou empresarial por morte do titular do contrato ou contratos coletivos empresariais).....	79
3.5.2	Procedimentos para Portar Carências.....	85
3.6	Coberturas.....	87
3.6.1	Procedimentos de Cobertura Obrigatória.....	87
3.6.2	Acidente de Trabalho e Doenças Laborais.....	88
3.6.3	Doenças Mentais.....	89
3.6.4	Transplantes.....	90
3.6.5	Miopia e Hipermetropia.....	90
3.6.6	Reconstrução de Mama.....	91
3.6.7	Planejamento Familiar (laqueadura, vasectomia e DIU).....	91
3.6.8	Obesidade Mórbida.....	94
3.6.9	Próteses, Órteses e Insumos para Realização de Cirurgia.....	95
3.6.10	Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional e Psicoterapia.....	97
3.6.11	Atendimento Domiciliar (<i>home care</i>).....	101
3.6.12	Medicamentos.....	102
3.6.12.1	Quimioterapia Oral.....	102
3.6.13	Demora na Marcação de Procedimentos (consultas, exames e cirurgias).....	103
3.6.14	Notificação de Investigação Preliminar (NIP) e Suspensão da Contratação com Novos Consumidores.....	105
3.6.15	Negativa de Cobertura por Escrito.....	107
3.7	Internação.....	108
3.7.1	Acompanhante.....	108
3.7.2	Padrão de Conforto na Internação Hospitalar.....	108
3.7.3	Cheque Caução.....	109
3.8	Exames e Consultas.....	109
3.8.1	Solicitação por Médico Não Credenciado.....	109
3.8.2	Negativa ou Demora na Marcação de Exames e Consultas.....	109

3.9 Descredenciamento de Prestadores de Serviços.....	109
3.10 Contratos Coletivos.....	110
3.10.1 Carências.....	111
3.10.2 Manutenção do Plano em Caso de Demissão Sem Justa Causa e Aposentadoria.....	111
3.11 Urgências e Emergências.....	112
3.11.1 Atendimento de Urgência ou Emergência fora da Rede Credenciada /Referenciada.....	112
3.12 Adaptação ou Migração de Contratos Antigos.....	112
3.12.1 Regras para Adaptação.....	114
3.12.2 Regras para Migração.....	116
3.13 Venda de Planos de Saúde para outras Operadoras (alienação de carteira).....	118
3.13.1 Direitos do Consumidor na Alienação de Carteira.....	119
3.14 Operadoras Sob Intervenção e Liquidações (quebra de operadora).....	119
3.14.1 Regime de Recuperação Assistencial.....	119
3.14.2 Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira (PAEF).....	120
3.14.3 Direção Técnica.....	121
3.14.4 Direção Fiscal.....	122
3.14.5 Liquidação Extrajudicial.....	123
3.14.6 Alienação Compulsória de Carteira.....	124
3.14.7 Oferta Pública.....	125
3.14.8 Portabilidade Especial.....	126
3.15 Outros Temas.....	126
3.15.1 Falecimento do Titular do Plano de Saúde.....	126
3.15.2 Perda ou Não Entrega do Contrato.....	127
3.15.3 Reembolso.....	127
3.15.4 Responsabilidade por Erro Médico.....	128
BIBLIOGRAFIA.....	131
ANEXO	135



INTRODUÇÃO





INTRODUÇÃO

O setor de planos privados de saúde atende a aproximadamente um quarto da população brasileira, tendo o número de usuários crescido com o passar dos anos. Em dezembro de 2003, a ANS contabilizou, aproximadamente, 36,4 milhões de usuários de planos de saúde – sendo 32 milhões de beneficiários de planos privados de assistência médica e 4,3 milhões de beneficiários vinculados a planos exclusivamente odontológicos. Já em dezembro de 2013, o mercado de Saúde Suplementar contava com cerca de 68,5 milhões de beneficiários de planos privados de saúde – sendo 49 milhões de beneficiários vinculados a planos privados de assistência médica e 19,5 milhões de vínculos a planos exclusivamente odontológicos. Considerando os dados da ANS, de 2003 a 2013, observa-se um crescimento em torno de 35% do total de usuários de planos de assistência médica. Os planos exclusivamente odontológicos, por sua vez, deram um salto gigantesco no mesmo período, com crescimento maior que 300%.

Apontam como causadores desse aumento fatores como aquecimento da economia, aumento do emprego formal e ascensão da classe C.

Dados da ANS chamam a atenção para a concentração existente no mercado de saúde suplementar devido ao grande número de consumidores vinculados a planos coletivos: dos 68,5 milhões de beneficiários de planos de saúde, mais de 70% encontram-se vinculados a planos coletivos. Segundo a ANS, em dezembro de 2012, do total de contratos de assistência médica, 77,4% eram coletivos e 20,6% eram individuais ou familiares. Com relação aos planos odontológicos, 82,4% são coletivos e 17,1% são individuais (ANS, 12/2012).

Ressalte-se, ainda, a magnitude financeira do setor: em 2012, a receita total das operadoras médico-hospitalares foi de cerca de R\$ 95 bilhões, enquanto a despesa com assistência alcançou R\$ 79,1 bilhões. (ANS, 12/2013).

Na assistência médica, as duas maiores operadoras de planos privados de assistência à saúde atendem 14% do total de usuários (6.886.753 de pessoas). Mais de 50% do mercado está nas mãos de 27 empresas. Destas, as 15 maiores abocanham 41,1% dos consumidores. A situação nos planos exclusivamente odontológicos é mais agravada: uma única empresa tem 30% dos usuários, e são apenas 5 as que atendem 51,6% dos consumidores (ANS, 12/2013).

Em 2000, a grande maioria dos usuários de planos de saúde estava vinculada a contratos antigos (aproximadamente 70%) (ANS, 2011, p. 25). Esse percentual encontra-se diminuindo paulatinamente até que, em 2004, o número de usuários com contratos novos ultrapassou o de usuários com contratos antigos. Todavia, em dezembro de 2012 ainda restavam 7,2 milhões de pessoas vinculadas a contratos antigos, aproximadamente 14,7% dos usuários (ANS, 12/2012).

Por fim, alguns dados referentes a planos de assistência médica complementam o quadro

do setor, conforme dados da ANS: quanto aos contratantes por faixa etária, observa-se nos contratos individuais uma forte concentração de consumidores vinculados a contratos antigos entre as últimas faixas etárias. Já nos contratos coletivos, há uma concentração de contratantes nas faixas etárias intermediárias.

Com relação à cobertura contratada, verifica-se que o plano de assistência médica tipo referência (coberturas ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, acomodação enfermagem), apesar da obrigatoriedade de comercialização por todas as operadoras, não é o mais contratado. Em dezembro de 2012, dos beneficiários de planos de assistência médica 80% encontravam-se vinculados a planos de segmentação assistencial do tipo hospitalar e ambulatorial; apenas, 12,1% dos beneficiários encontravam-se vinculados ao plano referência; 4,4%, vinculados a planos do tipo, exclusivamente, ambulatorial e 1,4%, do tipo, exclusivamente, hospitalar (ANS, 12/2012).

Quanto à abrangência geográfica dos planos em 2013, na maioria dos casos tratam de planos de saúde com cobertura assistencial em âmbito nacional (aproximadamente 30%).

Analisados os problemas de planos de saúde constatados pelos órgãos que compõem o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, é possível verificar que as questões que assolam o consumidor de planos de saúde podem ser divididas em dois grandes grupos. No primeiro, estão as questões que afetam diretamente o consumidor: cobertura e outros descumprimentos contratuais¹, reajuste, portabilidade de carências, quebra de operadoras e alienação de carteira, barreiras para idosos e pessoas portadoras de doenças preexistentes na contratação.

No segundo grupo estão questões que não deixam de se relacionarem com os problemas do dia a dia do consumidor, podendo até mesmo ser sua causa, mas que podem ser classificadas como questões macro regulatórias: modelo econômico-financeiro do sistema e equilíbrio econômico-financeiro entre contratantes, e suas implicações na política de reajustes e na saúde financeira das empresas; relacionamento das operadoras de planos de saúde com os prestadores de serviço; estrutura de atendimento ao consumidor, começando pelo SAC e terminando na própria rede de prestadores; lacuna na regulação em relação aos contratos coletivos; abusos cometidos contra os consumidores e distorções de mercado (diminuição da comercialização de planos individuais), em consequência da omissão regulatória; lacuna regulatória em relação aos contratos antigos; práticas mercadológicas desleais e enganosas, sem atuação regulatória para coibi-las (cartões de desconto); e o controverso ressarcimento ao SUS.

Todos esses problemas geram muitos conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde, que em razão dos direitos envolvidos – saúde e vida – e das urgências

¹ No sentido mais amplo, conforme detalhado no levantamento sobre projetos de lei, incluindo não só negativas de cobertura como também credenciamento e descredenciamento de profissionais, alcance da rede, exigência de autorização e dificuldades envolvidas, exigência de cheque caução pelos prestadores, demora na marcação de procedimentos, imposição de carências adicionais em casos de urgência e emergência e a famigerada Resolução CONSU nº 13 etc.

relacionadas, por muitas vezes desembocam no Poder Judiciário. Por esse motivo, em 12 de julho de 2011, o Conselho Nacional de Justiça editou a Recomendação nº. 36, que “Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde suplementar”. Na justificativa da Recomendação nº. 36 há menção expressa ao “crescente número de demandas envolvendo a assistência à saúde suplementar em tramitação no Poder Judiciário brasileiro”.

Diante de tamanha complexidade setorial, a atuação dos órgãos que compõem o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor é fundamental para garantir a proteção do consumidor. A presente publicação objetiva contribuir para o desenvolvimento deste trabalho, apresentando tanto informações que permitem compreender a formação do setor e os seus principais problemas, quanto orientações práticas para a atuação diária no atendimento das demandas dos consumidores de planos de saúde.

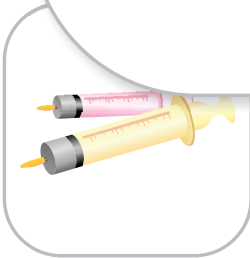
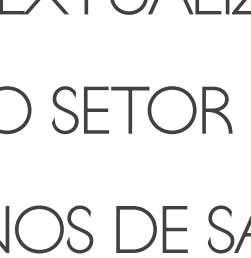
Com fins didáticos e para facilitar a consulta, dividiu-se a publicação em duas partes. Na primeira, referente ao capítulo 1, apresenta-se a contextualização setorial e indica-se porque todos os contratos de planos de saúde são contratos de consumo e, portanto, submetidos à legislação protetiva do consumidor. A segunda parte (capítulos 2 e 3), de caráter prático, é um guia acerca da legislação e regulamentação setorial, indicando os principais problemas e dúvidas dos consumidores de planos de saúde, seus direitos, a legislação aplicável e, quando cabível, a jurisprudência sobre o tema.





1

CONTEXTUALIZAÇÃO DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE





1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE

O constituinte de 1988 positivamente inovou ao consagrar o direito à saúde como direito fundamental, a ser universal e integralmente usufruído por todos. Ao detalhá-lo, determinou ao Estado a obrigação de lhe dar concretude através do estabelecimento de “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 a sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196, CF).

Antes da Constituição Federal de 1988, a saúde não era um direito reconhecido como universal no Brasil, e tinham acesso aos serviços públicos somente os trabalhadores contribuintes da previdência social, e aos serviços privados aqueles que contavam com planos de saúde ofertados por seus empregadores. (ACIOLE, 2006, p. 170-171)

O fato do direito à saúde ter sido reconhecido como direito fundamental e universal no Brasil apenas em 1988 diz muito sobre a estruturação dos planos de saúde no país. As operadoras de planos de saúde se estabeleceram na lacuna deixada pelo Estado, qual seja: Fatores históricos e a atuação de determinados atores foram fundamentais para o crescimento do setor de planos de saúde no Brasil e o conseqüente delineamento atual da política pública de saúde.

Até o primeiro quarto do século XX, somente tinham acesso à assistência médica 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).

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)

Posteriormente, com o golpe militar de 1964 e o Decreto-Lei nº 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)

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)

Por fim, a recessão econômica da década de 80, consequência 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)

Nesse cenário, Vieira e Vilarinho (2004, p. 6-7), citando Médici (2003 a, b, c), Reis (2000) e Lígia Bahia (2001), identificam como atores sociais protagonistas do fortalecimento do setor de planos de saúde o próprio Governo Federal², 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, recursos gerenciais e a estrutura de atendimento para os consumidores”.

Carlos Octávio Ocké-Reis (2003, p. 2) 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 ajudaram igualmente a estruturar o mercado de planos de saúde: (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 e (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).

1.1 O delineamento das atuais operadoras de planos de saúde

Nas décadas de 40 e 50 foram criadas caixas assistenciais 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) – e, na

² Demonstrando a atuação estatal, os autores citam a abertura de linhas de financiamento subsidiados voltados ao crescimento estrutural do setor saúde na década de 20, através da Lei Eloy Chaves e do Decreto nº 5.109, que tiveram como consequência a expansão da prestação de serviços médicos via contratação de terceiros; e, durante a ditadura, o Plano de Ação para a Previdência Social – PAP e do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAZ.

iniciativa privada, surgiram os já citados sistemas assistenciais vinculados principalmente a empresas automobilísticas estrangeiras. (BAHIA, 2001, p. 329-339)

Ainda em um modelo embrionário, seu funcionamento 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 reembolsos. (TRETTEL, 2009, p. 29)

Na década seguinte, com o estímulo do Estado – que persistiu até 1979 – a atividade tomou feições empresariais. Nasceram os convênios médicos entre empresas empregadoras e empresas médicas, surgiram as empresas de medicina de grupo – formadas principalmente por proprietários e acionistas de hospitais – e as cooperativas médicas. Além dos estabelecimentos próprios, passou-se também a contratar serviços de terceiros (rede credenciada). (TRETTEL, 2009, p. 29)

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

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”.

1.2 Ampliação do mercado de planos de saúde

A descrença e a falta de fé na saúde pública por parte da sociedade, em especial pela classe média, são fatores que estimularam a ampliação do mercado de planos de saúde a partir da década de 80. O modelo foi além do benefício empregatício, tanto que os planos individuais ampliaram muito o seu mercado nessa época. Segundo Ligia 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.

Carlos Octávio Ocké-Reis, Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi e Fernando Gaiger Silveira seguem a mesma linha de pensamento. Os autores diagnosticam a incapacidade do SUS de atrair para o seu interior as famílias que compõem o núcleo dinâmico da economia e, citando

Faveret Filho e Oliveira (1990), conferem ao fenômeno o nome de “universalização excludente”. (2005, p. 1)

Luís Otávio Farias e Clarice Melamed destacam que 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 – que inicialmente concentraram suas atividades na prestação de serviços aos trabalhadores, na qualidade de terceirizados contratados pelo empregador –, Giovanni Gurgel Aciole (2006, p. 170-171) 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, alijando-se do atendimento à saúde os trabalhadores informais e os desempregados. Lembre-se que, antes da Constituição Federal de 1988, a saúde não era um direito reconhecido como universal no Brasil, e tinham acesso aos serviços públicos somente os trabalhadores contribuintes da previdência social, e aos serviços privados aqueles que contavam com planos de saúde ofertados por seus empregadores.

Os fenômenos sociais de expansão da saúde privada e de universalização da saúde pública se deram concomitantemente, mas restrições fiscais e financeiras atrapalharam a consecução do objetivo universalizante. Conforme Carlos Otávio Ocké-Reis (2003, p. 1-2), tais fatos, aliados a motivações políticas e ideológicas advindas do regime autoritário, não permitiram que o SUS tivesse forças para barrar a expansão dos planos de saúde entre a população economicamente ativa. O autor, ainda, lembra que o setor público financia a saúde privada, incentivando indiretamente tal atividade, por exemplo, através da renúncia de arrecadação fiscal e previdenciária ou da contratação de planos de saúde para os funcionários públicos.

Ligia Bahia (2011) bem contextualiza a questão do subfinanciamento do SUS e a relação íntima que sempre existiu e permanece existindo entre os serviços públicos e privados de saúde. Como consequência das escolhas políticas na estruturação dos serviços de saúde, parte da população, em especial a classe média, continua a não confiar na estrutura pública e a buscar os planos de saúde, símbolos de *status* e ofertantes de uma nem sempre real segurança de rápido atendimento³.

Os fatores que explicam a expansão dos planos de saúde no país, portanto, invariavelmente passam pelas dificuldades na implantação da universalidade com qualidade da

³ Com o crescimento econômico e a ascensão de considerável parte da população à classe média, extremamente pertinente a pergunta lançada pela pesquisadora: “Temos duas políticas estatais de saúde que concorrem entre si. Qual delas será expandida para atender a nova classe média emergente?”.

saúde pública, seja por dificuldades orçamentárias, seja pelo desinteresse de alguns setores da sociedade.

1.3 A regulamentação dos planos de saúde

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

A regulamentação dos planos de saúde (Lei nº 9.656/98), todavia, só entrou em vigor dez anos depois da promulgação da Constituição. Exceção aos seguros-saúde, que seguiam as regras securitárias – relacionadas a questões econômico-financeiras – editadas pela Superintendência de Seguros Privados do Ministério da Fazenda (SUSEP/MF), mas que também não eram regulamentados quanto aos parâmetros de atendimento ao consumidor.

Anete Maria Gama, Carlos Otávio Ocke Reis, Isabela Soares Santos e Ligia Bahia (2002, p. 4-5) destacam que a questão da regulamentação dos planos de saúde integra a agenda governamental desde a década de 80. Lembram que em 1989 a SUSEP levantou a necessidade de regulamentação do setor e tentou avocá-la para si. Mas a preocupação da superintendência estava focada em questões concorrenciais – ou seja, em regulação econômico-financeira – e admitia-se inclusive a venda de planos e seguros de saúde com coberturas reduzidas, a fim de fomentar a entrada de novos *players* no mercado. Essa visão permaneceu até a década de 90.

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

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 e 39-40). (TRETTEL, 2009, p. 33-34)

Os conflitos anteriores à regulamentação diziam respeito a temas como aumento de

mensalidades e dúvidas quanto a reajustes; questões contratuais especialmente relacionadas a abrangência (do plano) e prazos de carência; negativas de fornecimento de guias para exames e internações; má qualidade do serviço prestado⁴. É o que informa pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (Brasilcon) nos dados do Procon de São Paulo, sob coordenação de José Reinaldo Lima Lopes, entre os anos de 1992 e 1997 (1998, p. 139).

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

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 nº 9.656 em 1998 pelo Congresso Nacional.

Mario Scheffer (2006, p. 18-20) explica que o processo de regulamentação do setor de planos de saúde foi difícil e truncado, com forte pressão de associações médicas e de consumidores, de um lado, e muita resistência das operadoras de planos de saúde, de outro. Com o crescimento do número de usuários desse serviço, evidenciaram-se os abusos cometidos pelas operadoras. Os conflitos começaram a ser judicializados e grupos de interesse se mobilizaram para exigir que o Estado atuasse. A insatisfação não se restringiu aos pacientes, abrangendo também médicos e demais prestadores de serviço, cerceados em sua autonomia profissional e insatisfeitos com a baixa remuneração.

Entre os grupos sociais que se uniram em favor da regulamentação dos planos de saúde destacam-se as entidades de portadores de patologias – principalmente os grupos de luta contra a aids –, entidades de defesa do consumidor – como Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e Procon de São Paulo – e as entidades médicas – em especial o Conselho Federal de Medicina (CFM) (SCHEFFER, 2006, p. 18-20).

Ao mesmo tempo em que ocorriam iniciativas legislativas, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução 1.401, de 11 de novembro de 1993, que obrigava os planos de saúde a oferecer cobertura para todas as doenças listadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵.

⁴ Alguns desses temas continuam sendo objeto de conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde.

⁵ O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, [...] RESOLVE: Art. 1º - As empresas de seguro-saúde, empresas de Medicina de Grupo, cooperativas de trabalho médico, ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas ao Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza. Art. 2º - Os princípios que devem ser obedecidos pelas empresas constantes no artigo 1º são; a) ampla e total liberdade de escolha do médico pelo paciente; b) justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico; c) ampla e total liberdade de escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos pelo médico, sempre em benefício do paciente; d) inteira liberdade de escolha de estabelecimentos hospitalares, laboratórios e demais serviços complementares pelo paciente e o médico. Art. 3º - É vedado à empresa contratante estabelecer qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos e fatos de que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional. Art. 4º - O registro das empresas referidas no artigo 1º, no Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição, é condição indispensável para o licenciamento do pleno direito do exercício de suas ações na área da saúde. Art. 5º - As empresas constantes no artigo 1º terão um prazo de 60 (sessenta) dias para adotarem as providências administrativas necessárias ao fiel cumprimento desta Resolução. Art. 6º - O descumprimento da presente Resolução fará com que os Diretores Técnicos sejam

Conforme Mario Scheffer (2006, *passim*), o processo de votação da lei foi longo e complexo. Relata o autor que o primeiro projeto de lei sobre planos de saúde data de 1990. Muitos outros projetos de lei foram propostos antes da regulamentação, mas o mais importante foi o Projeto de Lei 93/93, de autoria do Senador Ivam Saraiva. O PL 93/93 versava sobre exclusões contratuais de doenças, proibindo-as. Foi aprovado no Senado mas, quando chegou à Câmara – onde recebeu nova numeração e tornou-se o PL 4.425/94 – passou por um processo longo e confuso de apreciação e votação. Foram pensados outros 12 projetos de lei, entre eles o PL 1.975/96, de iniciativa do Poder Executivo.

Scheffer explica que em agosto de 1996 criou-se uma Comissão Especial para apreciação do PL 4.425/94 e apensados. Entre idas e vindas, muito conflito e discussão, o projeto voltou ao Senado totalmente desfigurado. Como, por regras de tramitação de projetos de lei, ao Senado não era mais facultado modificar artigos problemáticos, costurou-se acordo político que garantiu a supressão de alguns artigos pelo relator, Senador Sebastião Rocha, e a promessa de que outros pontos seriam modificados por edição de Medida Provisória (MP) pelo Poder Executivo logo após a sanção da lei. Estava pronta e promulgada a Lei nº 9.656/98. De uma MP inicialmente prevista chegou-se ao absurdo de 44 Medidas Provisórias, refletindo-se a contradição do Poder Executivo sobre o escopo da regulação⁶.

A lei sofreu muitas mudanças. Entre a edição de uma e outra MP, Ministérios da Fazenda e da Saúde não chegavam a um acordo sobre o modelo adequado de regulamentação do setor. O primeiro defendia uma regulamentação mais branda, voltada para o mercado; o segundo advogava em favor de uma ação mais efetiva do Estado, que considerasse também os aspectos relacionados à saúde. Prevaleceu a tese do Ministério da Saúde.

A Lei nº 9.656/98 regulamentou uma série de lacunas no setor de planos de saúde, criadoras de iniquidades e desequilíbrio na relação entre usuários e operadoras de planos de saúde. Estabeleceu regras para criação de reservas financeiras nas empresas, visando evitar “quebras” e descontinuidade de assistência; proibiu exclusões em razão de idade, deficiências ou doenças preexistentes; limitações temporais ou numéricas de internações; bem como a imposição de carências adicionais em razão de inadimplência; garantiu o atendimento a recém-nascidos por 30 dias e a sua inclusão sem carências no plano da mãe, desde que realizada durante esses mesmos 30 dias; estabeleceu carências de apenas 24 horas para cobertura de urgências e emergências; proibiu taxativamente a rescisão unilateral de contratos individuais; e dispôs sobre

enquadrados nos termos do Código de Ética Médica e as empresas respectivas fiquem sujeitas ao cancelamento de seus registros no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, sendo o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e demais autoridades competentes.

⁶ O Estudo Técnico sobre o Projeto do Executivo para Regulamentação dos Planos de Saúde, elaborado pela Assessoria Legislativa da Câmara dos Deputados, também oferece valiosas informações sobre os diversos projetos de lei propostos na Câmara e no Senado sobre a regulação dos planos de saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/planosaude/ANALISECAMGOV.htm>. Acesso em: 01.05.12.

alguma regulamentação de descredenciamento de prestadores (hospitais).

A Lei nº 9.656/98 é elogiada por Anete Maria Gama, Carlos Otávio Ocke-Reis, Isabela Soares e Ligia Bahia (2002, p. 6) no que diz respeito à uniformização de coberturas e à vedação de exclusões de patologias e de idosos.

Todavia, ficaram de fora alguns pontos importantes, como vedação expressa de rescisão unilateral de contratos coletivos; estabelecimento de regras claras para credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço, como clínicas, laboratórios, médicos e demais profissionais de saúde; regras para transição de contratos coletivos para individuais, principalmente os contratos empresariais depois de transcorrido o prazo máximo de 2 anos de permanência de ex-empregado aposentado ou demitido⁷. Também faltaram dispositivos que garantissem o fornecimento de informações ao público sobre o funcionamento interno das operadoras: não são de conhecimento público, por exemplo, os dados que comprovam custos das operadoras de planos de saúde, os critérios adotados para credenciamento de prestadores de serviço, os procedimentos de liberação ou negativa de autorizações para realização de procedimentos etc. Outros tantos problemas decorrem da resistência das operadoras em cumprir a legislação e a regulamentação.

1.4 A aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos planos de saúde

Os contratos de planos de saúde, independentemente da forma de contratação – se coletiva ou individual/familiar – são contratos de consumo, aos quais se aplicam as disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Embora nos contratos coletivos haja a figura das empresas empregadoras, associações ou sindicatos, a experiência demonstra que o papel destas é apenas de intermediário entre consumidor e a operadora de plano de saúde.

Nos contratos coletivos por adesão, as empresas intermediárias (associações e sindicatos, ou seja, as empresas detentoras do vínculo coletivo associativo desses contratos), sequer contribuem no pagamento da mensalidade do plano. Assumem o papel de representantes de classes, assim como ocorrem em outras situações. Tome-se, por exemplo, o caso de um sindicato: não é porque este atua na negociação de reajustes salariais da categoria que representa que os contratos de trabalho restam descaracterizados, e ninguém ousa dizer que a relação jurídica trabalhista deixa de sê-lo entre o trabalhador e a empresa porque um sindicato intervém em negociações salariais ou por melhores condições de trabalho.

⁷ A Lei nº 9.656/98 assegura, em seus artigos 30 e 31, o direito do consumidor demitido sem justa causa ou aposentado à permanência no plano de saúde. Tais artigos permaneceram sem regulamentação até 25/11/2011, quando a ANS editou a Resolução Normativa nº 279.

Da mesma forma ocorre na maioria dos contratos de planos de saúde empresariais: salvo algumas exceções, mesmo os contratos coletivos empresariais tendem a ter como grande provedor de seu sustento o próprio usuário dos serviços de saúde. É ele quem arca com o pagamento de toda ou quase toda a mensalidade do seu plano de saúde. Ao empregador resta o papel de intermediário na negociação com a operadora de plano de saúde. Essa característica é mais evidente nos contratos de planos de saúde intermediados por micro, pequenas e médias empresas, que sequer possuem estrutura financeira para arcar com parte e, muito menos, com a totalidade da mensalidade do plano de saúde para seus empregados. A prevalência desse tipo de contratação (contratos coletivos empresariais com menos de trinta pessoas vinculadas) se evidencia por dados da própria ANS, apresentados durante a “Câmara Técnica do Pool de Risco”, a qual foi instaurada para a discussão prévia à edição de normativo, referente à proteção dos consumidores desses contratos coletivos no que diz respeito às questões de reajustes⁸.

Nos casos dos contratos coletivos empresariais das grandes empresas, as mensalidades dos planos de saúde são pagas na integralidade, ou em sua grande parte, pela própria empresa. Entretanto, nas negociações salariais e de benefícios verifica-se que ao empregador são oferecidos remuneração e outros benefícios, como o plano de saúde. Na percepção do trabalhador, todo esse “pacote” integra o seu pagamento pelos serviços prestados; ele considera todo o “pacote” para se considerar satisfeito ou não com o valor recebido. Na prática, em uma negociação salarial, o empregado aceita uma menor remuneração desde que sejam concedidos benefícios, ou seja, se o plano de saúde não fosse fornecido pela empresa, ela teria que pagar uma maior remuneração. Para a empresa, todavia, o pagamento de benefícios é tributariamente mais interessante, posto que por força do art. 458, § 3º, da CLT, benefícios como planos de saúde não integram o salário. Sobre esse valor não incidem alguns tributos, sobre esse valor não se calcula férias e 13º salário etc.

Assim, considerando que, ainda que indiretamente, é o próprio empregado que financia o seu plano de saúde, pois deixa de perceber maior remuneração, ele, também, nesse caso, caracteriza-se como consumidor. Nos termos do art. 2º do CDC, consumidor é aquele que se

⁸ Assim, considerando que, também, nesses casos, o empregador age como simples intermediário da relação de consumo entre o usuário do serviço e a operadora; e, tendo a ANS identificado que 80% dos comunicados de reajustes de contratos coletivos recebidos pela agência dizem respeito a contratos com menos de 30 pessoas vinculadas, a Agência instituiu a Câmara Técnica do Pool de Risco, que ocorreu entre os meses de novembro de 2011 e junho de 2012 e teve o objetivo de definir novas regras para fixação de reajustes de contratos de planos de saúde coletivos com menos de 30 consumidores, a fim de proteger os consumidores desse tipo de contrato, em relação a eventual aplicação de reajustes anuais abusivos. Das discussões resultou a Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, que define o “pool de risco”: agrupamento de contratos de planos de saúde coletivos com menos de trinta consumidores para fins de aplicação de um índice de reajuste único em todos os contratos. A medida “tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles” (art. 2º, I, RN nº 309/2012). Veja mais informações sobre a RN nº 309 no item 3.2.1.

caracteriza como destinatário final na aquisição de produtos e serviços, mesmo que pessoa jurídica. Ora, quando uma empresa contrata um plano de saúde cujos beneficiários são seus funcionários, não insere tal serviço em sua atividade comercial. Nunca, portanto, o consumidor deixa de ser destinatário final.

Há, por fim, o fenômeno da chamada “falsa coletivização”. Nesses casos, estimulados por preços iniciais mais vantajosos, consumidores contratam para si e suas famílias planos de saúde coletivos empresariais. Tal fenômeno é estimulado por uma realidade que é própria da sociedade pós-moderna, fragmentada em suas relações trabalhistas. Muitos trabalhadores registram-se como autônomos e assim são contratados – mesmo em situações que caracterizariam evidente relação de emprego. De posse do seu registro de pessoa jurídica, tais trabalhadores são estimulados a contratar planos coletivos empresariais. A figura do intermediário, na realidade dos fatos, sequer existe.

Em todos os exemplos apresentados, vê-se que o verdadeiro contratante do serviço de plano de saúde é o seu usuário. É ele quem “adquire serviço como destinatário final”, encaixando-se claramente no conceito de consumidor do artigo 2º do CDC. A jurisprudência possui entendimento no mesmo sentido, conforme a Súmula nº 469 exarada do Superior Tribunal de Justiça, segundo a qual: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”.

Neste sentido, cite-se precedente que embasou a edição da referida súmula: “A operadora de serviços de assistência à saúde que presta serviços remunerados à população tem sua atividade regida pelo Código de Defesa do Consumidor” (Resp 267.530/SP, Rel. Ministro Ruy Rosado de Aguiar, DJe 12/3/2001).

Ora, a relação de consumo é uma relação jurídica na qual se identificam, necessariamente, um consumidor e um fornecedor, e entre eles uma transação envolvendo a aquisição de produto ou serviço. De modo que em uma análise acurada da relação jurídica que se estabelece nos planos coletivos de saúde, verifica-se que a relação de consumo existente se dá entre o usuário de planos de saúde e a operadora de plano de saúde.

No que se refere aos contratos utilizados na contratação coletiva de planos de saúde, a operadora é a responsável perante o consumidor pelos produtos e serviços que oferece, da mesma forma que o é no caso de planos de saúde individuais. De modo que 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.

Após a edição das Resoluções Normativas nº195/2009 e nº196/2009, a figura da “Administradora de Benefícios de planos de saúde” passou a ser regulamentada pela ANS. O

artigo 2º da RN nº 196/2009 define a “Administradora de Benefícios de planos de saúde” como a pessoa jurídica que propõe para pessoas jurídicas detentoras de vínculos legítimos para contratação de planos coletivos (como conselhos profissionais, entidades de classe, sindicatos, centrais sindicais e associações profissionais legalmente constituídas), a contratação de planos de saúde coletivos de Operadoras registradas na ANS, na condição de estipulante do contrato.

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, como, por exemplo, se responsabilizarem com a contratação de prestadores de saúde/credenciamento de rede prestadora; bem como, com a prestação das coberturas assistenciais à saúde dos consumidores (as quais são típicas atividades das Operadoras de planos de saúde) nota-se que a regulamentação da ANS (RN nº 196/2009) 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, como, por exemplo, promover a venda do plano e respectivo ingresso de novos beneficiários no contrato coletivo, responsabilizar-se pelas questões referentes à cobrança das mensalidades individualizadas aos consumidores e atualização do cadastro de consumidores vinculados ao plano). Assim, essas empresas não atuam no contrato com o papel de simples intermediárias, posto que assumem atividades de contratação de planos coletivos junto às Operadoras e respectivo oferecimento desses produtos aos consumidores, atuando tanto na reunião de pessoas detentoras de algum vínculo coletivo legítimo para ingresso em plano coletivo, como na manutenção do contrato coletivo ofertado.

Dessa forma, em se tratando de relação de consumo, em contratos coletivos que envolvam a figura da Administradora de Benefícios, o fornecedor é tanto a operadora do plano de saúde (responsável pela prestação do serviço assistencial à saúde propriamente dito), assim como a Administradora de Benefícios (na responsabilidade que lhe couber) e o consumidor é o usuário do plano.

Por fim, cumpre verificar que, a despeito das atividades que desempenham, essas empresas (Administradoras de Benefícios de Saúde) devem ser consideradas operadoras de planos de saúde, por força da norma de extensão contida no art. 1º, § 2º da Lei nº 9656/98:

*“§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou **empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração**” (g.n.)*





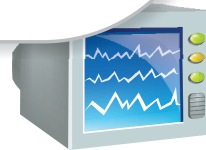
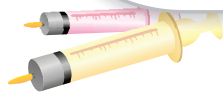
2

PARA

COMPREENDER

O SETOR DE

PLANOS DE SAÚDE





2 PARA COMPREENDER O SETOR DE PLANOS DE SAÚDE

A regulação de planos de saúde no Brasil é marcada pela complexidade, seja pelos termos técnicos utilizados, seja pela multiplicidade de conceitos e regras. Para compreender o setor são necessários, preliminarmente, alguns esclarecimentos referentes a órgãos reguladores, legislação aplicável, denominações e classificações utilizadas.

2.1 Órgãos reguladores do setor de planos de saúde

O setor de planos de saúde cresceu sem qualquer regramento de condutas assistenciais por muitas décadas⁹. Somente com a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o quadro mudou.

2.1.1 Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde é o responsável pela política pública de saúde, que no Brasil deve ser considerada como uma. Estão sob os seus cuidados todas as ações e todos os serviços de saúde, inclusive aqueles prestados por particulares, conforme dispõe a Constituição Federal em seus artigos 197 e 199. Mantém com a ANS uma relação de coordenação, não podendo a agência, no exercício de seu papel regulatório, fugir ao que determina a política pública de saúde brasileira.

2.1.2 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

O setor de planos de saúde é regulado atualmente pela ANS. A agência foi criada pela Medida Provisória 1.928, de 25 de novembro de 1999 (convertida em 28 de janeiro de 2000 na Lei nº 9.961/2001).

É papel da agência, 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”, regular reajustes, e garantir o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) dos atendimentos prestados pela rede pública aos usuários de planos de saúde¹⁰.

⁹ Exceto os seguros-saúde, que seguiam as regras securitárias da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) – relacionadas a questões econômico-financeiras –, mas que também não eram regulamentados quanto aos parâmetros de atendimento ao usuário.

¹⁰ As competências da ANS encontram-se listadas no art. 4º da Lei nº 9.961/00: I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar; II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras; III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades; IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras; V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas

2.1.3 Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU)

O CONSU antecedeu à ANS na regulação do setor de planos de saúde. Na versão original da Lei nº 9656/98, era o órgão responsável por muito do que hoje é competência da agência. A Lei de Planos de Saúde foi alterada por um total de 44 Medidas Provisórias. A vigésima primeira MP (Medida Provisória nº 1.908-20, de 25 de novembro de 1999) substituiu o CONSU pela ANS no desenvolvimento do papel regulatório.

O CONSU ainda existe¹¹, mas suas competências podem ser resumidas ao estabelecimento e supervisão da execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar e à aprovação do contrato de gestão da ANS. É formado pelo Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente, e pelos ministros da Saúde, da Fazenda,

operadoras; VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS; VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde; VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões; IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes; X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades; XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998; XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998; XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde; XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados; XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde; XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões; XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde; XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde; XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos; XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento; XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência; XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos; XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar; XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação; XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação; XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas; XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde; XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras; XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde; XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990; XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar; XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei; XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo: a) conteúdos e modelos assistenciais; b) adequação e utilização de tecnologias em saúde; c) direção fiscal ou técnica; d) liquidação extrajudicial; e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras; f) normas de aplicação de penalidades; g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

¹¹ Artigos 35-A e 35-B da Lei nº 9.656/98.

da Justiça e do Planejamento, Orçamento e Gestão. Na prática, o conselho deixou de ter atuação protagonista.

2.2 Principais diplomas legais aplicáveis

2.2.1 Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998

A Lei nº 9.656/98 dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. É conhecida como Lei de Planos de Saúde, pois foi a responsável pela regulamentação do setor. Alguns dispositivos da lei aplicavam-na a contratos antigos (art. 35-E), e estão suspensos por força de liminar concedida na Ação Direta de Inconstitucionalidade 1931, proposta pela Confederação Nacional de Saúde – Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS). A decisão baseia-se no art. 5º, XXXVI, da Constituição Federal, e entende que os contratos anteriores à lei constituem ato jurídico perfeito.

2.2.2 Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000

A lei criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Rege o funcionamento da agência reguladora do setor de planos de saúde, estabelecendo suas competências e estrutura organizacional.

2.2.3 Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990

É o Código de Defesa do Consumidor. Nos planos de saúde a relação de consumo está caracterizada. Supriu a lacuna regulatória anterior à Lei de Planos de Saúde, e continua sendo a lei mais aplicada pelo Poder Judiciário na solução de conflitos desse setor (TRETTEL, 2009, p. 97). É a principal lei aplicável às lides que envolvem contratos antigos, e também se aplica a contratos novos.

2.2.4 Atos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Entre as competências da ANS encontra-se a regulamentação do setor de plano de saúde. Abaixo se apresentam os principais atos normativos da ANS e a sua conceituação, conforme Regimento Interno da agência (Resolução Normativa nº 197/2009 da ANS):

- a) Resolução Normativa – RN (art. 86, II, a): expressa decisão normativa, operacional e administrativa, que regula a implementação da política de saúde suplementar nacional e a prestação dos serviços de assistência suplementar à saúde, e possui alcance interno e externo.
- b) Instrução Normativa – IN (art. 85, 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.
- c) Súmulas Normativas (art. 86, III): expressa interpretação da legislação de saúde suplementar, com efeito vinculante a todos os órgãos e agentes públicos da ANS.

Dos atos normativos, o mais usado pela ANS é a Resolução Normativa. Através dela muitas das regras relativas aos planos de saúde, que serão apresentadas nos itens a seguir, são editadas, como as regras referentes a portabilidade de carências (RN nº 186/2009 e RN nº 252/2011) ou obrigações relativas às coberturas assistenciais (o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656 - é atualizado constantemente pela ANS e publicado, através de RN. Atualmente, RN nº 338/2013).

As Instruções Normativas detalham, se necessário, pontos específicos das Resoluções Normativas, como a IN nº 41/2012, que detalha como devem ocorrer as migrações ou adaptações de contratos antigos (celebrados antes da vigência da Lei nº 9656/98).

As súmulas, por fim, têm caráter interpretativo de outras normas, inclusive leis. Através delas a ANS explana qual entende ser a melhor interpretação da legislação em determinada situação. É um instrumento que nos últimos anos tem sido mais utilizado pela agência. São exemplos as súmulas que tratam da garantia de inclusão do companheiro homossexual como beneficiário do plano de saúde (Súmula nº 12) ou a que rechaça iniciativas discriminatórias por idade, condição de saúde ou qualquer outro motivo na contratação do plano de saúde (Súmula 1 nº 9).

2.2.5 Atos do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU)

A ANS substituiu o CONSU no desenvolvimento do papel regulatório. Mas as resoluções editadas anteriormente pelo CONSU permaneceram, algumas delas ainda vigentes. As resoluções do CONSU podem ser consideradas equivalentes às atuais resoluções normativas da ANS.

2.3 Conceitos

2.3.1 Plano de saúde

Segundo a Lei nº 9.656/98, a denominação “plano de saúde” abarca todas as atividades que constituem:

prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor¹².

Na definição incluem-se também os seguros-saúde, não havendo distinção do ponto de vista da aplicação da Lei nº 9.656/98.

2.3.2 Operadora de planos de saúde

A regulamentação dos planos de saúde através da Lei nº 9.656/98 uniformizou o tratamento legal dado às diversas formas contratuais de socialização de riscos e custos em saúde. Permanecem existindo diferenciações que decorrem do tipo de serviço prestado e da forma de constituição da pessoa jurídica, mas para fins de aplicação da legislação são todas operadoras de planos de saúde.

Considerando-se a classificação adotada pela ANS das empresas que comercializam planos privados de assistência à saúde, temos três modalidades: (a) administradoras; (b) operadoras médico-hospitalares e (c) operadoras exclusivamente odontológicas.

a) Administradoras:

a.1 Administradora de planos

A edição da Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, pela ANS fez desaparecer a figura das administradoras de planos e, em substituição, instituiu uma nova modalidade de operadora de planos de saúde: as Administradores de Benefícios. É o que se

¹² Definição de “plano privado de assistência à saúde”, comumente chamado de plano de saúde, conforme art. 1º, I, da Lei nº 9.656/98

vislumbra pela leitura de seus artigos 1º e 11:

“Art. 1º Esta resolução dispõe sobre a Administradora de Benefícios.

(...)

Art. 11 As empresas com registro provisório ou autorização de funcionamento classificadas na modalidade de administradoras de planos terão o prazo de sessenta dias para solicitar à ANS a adequação de sua classificação, observando os dispositivos desta resolução.

§1º A Administradora de Planos que não pretender adequar a sua classificação poderá solicitar cancelamento do registro ou da autorização de funcionamento.

§2º As empresas referidas no caput deste artigo que não promoverem tal adequação no prazo estipulado terão seus registros provisórios ou autorização de funcionamento cancelados.”

a.2 Administradora de Benefícios

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. (ANS, 2011, p. 43)

A Resolução Normativa nº 196/2009 dispõe sobre as atividades desempenhadas pelas Administradoras de Benefícios; bem como, sobre as atividades vedadas às mesmas, posto que desenvolvem atividades distintas das demais operadoras de planos de saúde.

O art. 2º preconiza que as administradoras de benefícios podem, entre outras atividades, contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para pessoas jurídicas legitimadas para contratar; bem como, oferecer planos de saúde para os associados dessas pessoas jurídicas contratantes, todavia, o art. 3º, proíbe essas empresas de atuarem como representantes, mandatárias ou prestadoras de serviços da Operadora de plano de saúde, e, ainda, lhes veda a execução de quaisquer atividades típicas da operação de planos de saúde.

Dessa forma, tem-se que as Administradoras de Benefícios oferecem 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. Assim, é a operadora a empresa responsável pela prestação da assistência à saúde, cabendo à Administradora de Benefícios realizar as atividades administrativas do contrato, tais como, realizar a oferta dos planos de saúde e a movimentação cadastral do contrato (inclusão e exclusão de beneficiários no plano) e, ainda, promover a cobrança das mensalidades aos usuários.

b) Operadoras médico-hospitalares

As operadoras de planos privados de assistência à saúde médico-hospitalares dividem-se em cinco tipos:

b. 1. 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, 2011, p. 43)

Entre as autogestões identificam-se operadoras como a GEAP Fundação de Seguridade Social, que oferece planos de saúde a servidores públicos (ministérios, autarquias etc.) e a CASSI, a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. As autogestões têm como características marcantes a oferta de planos a grupos restritos – aqueles vinculados às categorias atendidas – e não objetivarem lucro.

b. 2. Cooperativa médica

Operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos, nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde. (ANS, 2011, p. 43)

As Unimed são os melhores exemplos de cooperativas médicas.

b.3. Filantropia

Operadora que se constitui em entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). (ANS, 2011, p. 43)

Os planos de saúde desta categoria são instituídos por Santas Casas Beneficências e outros hospitais cuja personalidade jurídica é filantrópica. Esses hospitais foram inicialmente criados por caridade, a fim de atender os cidadãos sem recursos financeiros – em uma época na qual a saúde não era considerada direito fundamental no Brasil – mas hoje sua atuação mudou: prestam serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) mediante remuneração direta e/ou indireta (como a isenção tributária) e vendem seus serviços diretamente aos consumidores. Os

seus planos de saúde devem obrigatoriamente cumprir a Lei de Planos de Saúde e ofertar todas as coberturas determinadas pela ANS. A nomenclatura pode confundir, mas não são planos dirigidos a pessoas carentes ou que pratiquem preços menores.

b.4. Medicina de grupo

Operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos privados de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades administradora, cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde. (ANS, 2011, p. 43)

São muitas as Medicinas de Grupo atuantes, sendo as maiores Amil, Dix Saúde, Intermédica, Hapvida e Golden Cross.

b.5. 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 nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro. (ANS, 2011, p. 43)

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

c) Operadoras exclusivamente odontológicas: cooperativa odontológica e odontologia de grupo

As operadoras exclusivamente odontológicas dividem-se em dois tipos:

c.1 Odontologia de grupo

Operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos odontológicos. (ANS, 2011, p. 43)

As maiores operadoras exclusivamente odontológicas (Odontoprev, Odonto Empresa, Interodonto e Odonto System) são odontologias de grupo.

c.2 Cooperativa odontológica

Operadora que se constitui em associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por odontólogos, e

que comercializa ou opera planos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos. (ANS, 2011, p. 43)

Entre as cooperativas odontológicas destacam-se as Uniodontos.

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

Diante da lei, todas as categorias anteriormente apresentadas são consideradas “operadoras de planos de saúde” e estão sujeitas às mesmas obrigações¹³:

Lei nº 9.656/98, art. 1º:

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

[...]

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

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 médicas¹⁴. Hoje, essa modalidade também é oferecida por outras operadoras, como empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas.

2.4 Classificações dos planos de saúde de acordo com características contratuais

Nos contratos de planos de saúde existentes há uma série de classificações, de acordo com a modalidade de contratação, sua abrangência (geográfica e de cobertura) ou, ainda, a data de assinatura do contrato.

2.4.1 Modalidade de contratação

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

¹³ Exceção às autogestões que, em alguns pontos da Lei nº 9.656/98, recebem tratamento diferenciado.

¹⁴ O reembolso é uma prática ainda adotada, principalmente por seguradoras, e consiste no ressarcimento total ou parcial de despesas realizadas com prestadores de serviço não pertencentes ao quadro próprio das operadoras de planos de saúde.

a) Plano de saúde ou contrato individual/familiar

Os planos de saúde individuais ou familiares são contratados diretamente por pessoa física para si e/ou para seus dependentes. Conforme a ANS, o contrato individual ou familiar é aquele “que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar”. (2011, p. 44)

b) Plano de saúde coletivo

Conforme Daniela Trettel (2009, p. 26), é possível diferenciar os planos individuais/familiares dos planos coletivos em razão da presença de um intermediário na contratação entre o consumidor e a operadora de plano de saúde:

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.

A ANS define os contratos coletivos de acordo com a natureza desse intermediário. Estes podem ser empresariais ou por adesão. Assim, 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” (2011, p. 44), e 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”. (2011, p. 44).

2.4.2 Data de assinatura do contrato

A data de contratação do plano é importante porque pode trazer sérias conseqüências ao consumidor, principalmente considerando-se as discussões acerca das regras aplicáveis aos contratos antigos – como as referentes à limitação de cobertura e a reajustes.

a) Contrato ou plano de saúde novo ou adaptado

O contrato de plano de saúde é chamado de “contrato novo” se foi assinado a partir de 2 de janeiro de 1999, quando entrou em vigor a Lei nº 9.656/98, que regulamenta o setor de planos de saúde.

É adaptado o contrato que foi assinado antes dessa data, mas passou por processo de adaptação às regras previstas na lei. A adaptação depende do conteúdo do contrato original, mas

geralmente há mudanças em cláusulas de reajuste e cobertura. As cláusulas que não conflitam com a Lei nº 9.656 permanecem inalteradas.

b) Contrato ou plano de saúde antigo

São assim chamados os contratos de planos de saúde assinados antes de 2 de janeiro de 1999, e que não foram adaptados.

2.4.3 Cobertura assistencial/segmentação

De acordo com a Lei de Planos de Saúde (art. 10), os contratos devem garantir a cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. Tal obrigação, todavia, restringe-se à segmentação de cobertura contratada. Assim, se o consumidor tem um plano de saúde com cobertura ambulatorial, mas precisa de uma cirurgia para tratamento da doença que o acomete, esta não será coberta.

Também determinam os incisos do mesmo artigo as exceções das coberturas obrigatórias: tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; inseminação artificial; tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

Determina a lei (art. 10, § 4º) que cabe à ANS definir a amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, razão pela qual a ANS edita, através da publicação de Resolução Normativa, o ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, que consiste na lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Essa cobertura mínima obrigatória é válida para os planos de saúde novos e adaptados e é revista constantemente pela ANS. Neste ponto há uma certa divergência sobre a interpretação da lei. Enquanto a agência entende que essa disposição lhe permite editar um rol exaustivo de procedimentos de cobertura obrigatória, alguns membros do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor compreendem que o rol de procedimentos de competência da ANS deve ser entendido apenas como referência básica para cobertura dos procedimentos por parte das

operadoras, em consonância aos princípios do Código de Defesa do Consumidor. (DPDC, 2010, p. 2)

O artigo 11 veda a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação após 24 (vinte e quatro) meses de vigência do plano de saúde (cobertura parcial temporária). Doença ou lesão preexistente é aquela que o consumidor sabe ser portador no momento da contratação. Se não declarada no momento da contratação, cabe à operadora de plano de saúde o ônus da prova, devendo demonstrar o conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Com relação às formas de contratação permitidas, a Lei nº 9.656/98 permitiu que as operadoras de planos de saúde oferecessem planos segmentados, com coberturas assistenciais diversas. As segmentações de cobertura possíveis na área de assistência médica, de acordo com o art. 12 da Lei nº 9.656/98, são:

- Plano ambulatorial;
- Plano hospitalar sem obstetrícia;
- Plano hospitalar com obstetrícia;
- Plano-referência;
- Plano ambulatorial e hospitalar, sem obstetrícia;
- Plano ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia.

A cobertura odontológica pode ser acrescida a essas segmentações, ou contratada separadamente.

a) Plano-referência

O parágrafo 2º do artigo 10 da Lei nº 9.656/98 determina que todas as Operadoras que comercializam planos de saúde deverão obrigatoriamente oferecer o plano-referência, cuja cobertura abrange assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia. O padrão de acomodação é enfermaria. 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.

b) Cobertura ambulatorial

Compreende cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; e cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente¹⁵ (art. 12, I, Lei nº 9.656/98). Segundo regulamentação (Resolução Consu nº 13/98), o atendimento de urgências e emergências se dá apenas em ambiente ambulatorial (clínicas ou ambulatórios de hospitais), pelo prazo máximo de 12 (doze) horas (vide item 3.4.3).

c) Cobertura hospitalar

Segundo a Lei nº 9.656/98 (art. 12, II), a cobertura hospitalar inclui: 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; internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação; 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; toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 anos. Inclua-se a obrigatoriedade de cobertura de despesas de acompanhante para pacientes idosos – pessoas com 60 anos ou mais – por força de disposição do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03).

d) Cobertura obstétrica

Além do parto, a cobertura obstétrica inclui cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, durante os primeiros trinta dias após o parto; e inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, 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 nº 9.656/98).

¹⁵ Médico assistente é o médico responsável pelo atendimento do consumidor.

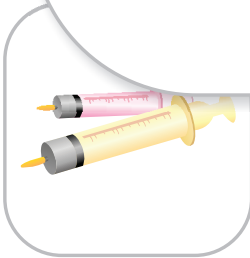
A cobertura obstétrica deve, necessariamente, estar atrelada à contratação de cobertura hospitalar.

e) Cobertura odontológica

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 nº 9.656/98). É possível contratar plano de saúde exclusivamente odontológico ou associar a cobertura odontológica a um plano de assistência médica.



3
PROBLEMAS
ENFRENTADOS PELOS
CONSUMIDORES





3 PROBLEMAS ENFRENTADOS PELOS CONSUMIDORES

Neste capítulo são apresentados os principais problemas enfrentados pelos consumidores de planos de saúde, legislação aplicável ao caso, solução a ser dada sob o ponto de vista da proteção dos direitos do consumidor e, nos casos mais emblemáticos, jurisprudência.

Para fins didáticos e de facilitação de consulta do material, os problemas foram agrupados por afinidade.

3.1 Contratação

3.1.1 Orientações sobre os cuidados na contratação do plano de saúde

Para contratar um plano de saúde, o consumidor deve tomar cuidados que garantirão a contratação de operadora de plano de saúde financeiramente saudável e idônea, assim como se cientificar da adequação do plano contratado às suas necessidades:

1. Verificar junto à ANS (www.ans.gov.br; 0800-701-9656) se a operadora de plano de saúde possui registro na agência e se não está passando por algum tipo de intervenção, como direção técnica ou fiscal. Não contrate plano de saúde sem registro e pense duas vezes antes de contratar um plano sob intervenção;

2. Consultar o índice de Reclamações da ANS, que dispõe sobre o *ranking* das Operadoras mais reclamadas na Agência, de acordo com o porte (grande, pequeno e médio), atualizado mensalmente (<http://www.ans.gov.br/espaco-da-qualidade/indice-de-reclamacoes>); bem como, consultar o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS da Operadora pretendida no *site* da ANS (<http://www.ans.gov.br/espaco-da-qualidade/programa-de-qualificacao-de-operadoras>);

3. Contatar o Procon que atende o seu Município ou consultar o seu *ranking* de reclamações, a fim de verificar como o plano se comporta em relação ao consumidor (Tem reclamações? De que tipo? Atende às reclamações?);

4. Exigir o contrato e lê-lo atentamente antes de assiná-lo. Exigir uma cópia do contrato e também da lista da rede credenciada/referenciada (médicos, hospitais, laboratórios etc.);

5. Tudo que o corretor prometer deve ser garantido ao consumidor em documento escrito e por ele assinado. As promessas do corretor, segundo o Código de Defesa do Consumidor, são parte do contrato, mesmo que não escritas. Mesmo assim, de maneira preventiva e para evitar desgastes futuros, exigir que o corretor elabore documento escrito e assinado no qual as

promessas que não constam do contrato, como a isenção de cumprimento de carências, sejam relacionadas;

6. Existem segmentações nos planos de saúde, o que significa que é possível contratar um plano completo ou coberturas fragmentadas (veja item 2.4.3). Para escolher a amplitude da cobertura, pensar nas necessidades de saúde da sua família e levar em conta a existência ou não de mulheres em idade fértil. Na maioria dos casos, é recomendável contratar, ao menos, cobertura hospitalar e ambulatorial;

7. Os preços dependem da segmentação do plano e também da sua abrangência. Prestar atenção na abrangência geográfica (municipal, regional, estadual, nacional ou internacional) e na rede credenciada/referenciada (hospitais, laboratórios, médicos, fisioterapeutas etc.);

8. Há várias faixas de preço de planos de saúde, que dependem dos itens anteriormente apontados, do renome da operadora e também dos padrões de acomodação (enfermaria ou quarto privativo). Considerar se as mensalidades cabem no seu bolso hoje e se caberão no futuro. Além dos reajustes anuais, também são aplicados reajustes por mudança de faixa etária. Um bom parâmetro é se informar sobre quanto custa a última faixa etária e, considerando suas perspectivas salariais, perguntar-se se conseguirá pagá-lo quando idoso;

9. 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 (aqueles que o consumidor saiba ser portador no momento do ingresso no plano de saúde);

10. Verificar se o plano é coletivo ou individual (veja item 2.4.1). No plano coletivo os reajustes não são controlados pela ANS, e há o risco de cancelamento do contrato pela operadora¹⁶;

11. Consultar informações sobre portabilidade de carências, caso já tenha um plano e deseje trocá-lo (vide item 3.5).

3.1.2 Dificuldade para contratar o serviço ou recusa injustificada

A Lei de Planos de Saúde veda expressamente a recusa de ingresso do consumidor em plano de saúde. Negar ou dificultar a contratação em razão de idade, doença preexistente ou qualquer outra motivação é conduta discriminatória.

Todavia, a legislação setorial permite a exigência do preenchimento da Declaração de

¹⁶ Considerado o que determina do Código de Defesa do Consumidor, é possível discutir a legalidade desse cancelamento. Mas o consumidor tem que saber que essa é uma briga árdua, que pode ter resultado negativo.

Saúde pelo consumidor quando da assinatura da Proposta de Adesão ao contrato de plano de saúde; bem como, a imposição de Cobertura Parcial Temporária (CPT), aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo consumidor ou seu representante legal quando do ingresso no plano de saúde.

Legislação: art. 14, Lei nº 9.656/98; art. 39, IX, CDC; art. 5º, Resolução Normativa nº 162/2007, da ANS.

3.1.3 Declaração de Saúde

É dever do consumidor de planos de saúde, quando expressamente solicitado pela operadora de plano de saúde no momento da contratação, informar ser portador de doenças ou lesões preexistentes quando tiver conhecimento do fato. A informação é dada através da Declaração de Saúde, que consiste no preenchimento de um formulário, elaborado pela operadora para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.

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

A omissão da informação sobre doença ou lesão preexistente pode gerar o cancelamento justificado do contrato pela operadora de plano de saúde. Mas, atenção: para contratação de plano de saúde, doença ou lesão preexistente é somente aquela que o consumidor sabe 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.

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, deve arcar com os custos.

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.

A ANS entende que, se o plano realizou exames ou perícia no consumidor antes da contratação, não pode alegar omissão de doença ou lesão preexistente. Já a Justiça é mais radical, e considera que não cabe à operadora de plano de saúde alegar que a doença para a qual se busca tratamento é preexistente e negar atendimento ao usuário de plano de saúde se não realizou exames no usuário antes da contratação.

Atenção! Não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde na contratação ou adesão de plano em substituição a outro (individual ou coletivo independente do número de beneficiários), ao qual o beneficiário, titular ou não do plano, permaneceu vinculado por período superior a 24 (vinte e quatro) meses, desde que na mesma operadora, na mesma segmentação e sem interrupção de tempo.

Legislação: arts. 11 e 13, Lei nº 9.656/98; art. 39, CDC; arts. 5º e 14, Resolução Normativa nº 162/2007, da ANS.

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 deixara 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 álea 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. (Recurso Especial 86.095/SP, julgado em 22/4/96, relator Ministro Ruy Rosado de Aguiar)

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. (RESP 234.219/SP, julgamento em 15/5/01, relator Ministro Ruy Rosado de Aguiar)

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

1. Não é possível presumir-se a má-fé da seguradora 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. (RESP 617.239/MG, julgamento em 14/9/04, relator Ministro Carlos Alberto Menezes de Direito).

3.1.4 Cobrança de taxa de adesão para contratação ou de corretagem

A cobrança de taxa de adesão para contratação de plano de saúde é prática abusiva, posto que nenhum serviço ainda foi prestado e do consumidor é exigida vantagem manifestamente excessiva. Somente podem ser cobradas as mensalidades.

Mesmo que a contratação tenha se dado através de corretagem, o pagamento não poderá ser repassado ao consumidor caso a ele não tenha sido dada a possibilidade de contratação sem a prestação deste serviço. Caso contrário, restará caracterizada a venda casada.

O serviço de corretagem deve ser remunerado, mas o consumidor deve ter liberdade para contratá-lo ou não.

Legislação: art. 39, I e V, CDC.

3.1.5 Descumprimento de promessa (oferta) do corretor

As promessas do corretor, segundo o Código de Defesa do Consumidor, são parte do contrato, mesmo que não escritas. Mesmo assim, de maneira preventiva e para evitar desgastes futuros, o consumidor deve exigir que o corretor elabore documento escrito e assinado no qual as promessas que não constam do contrato, como a isenção de cumprimento de carências, sejam relacionadas.

Legislação: arts. 30 e 34, CDC.

3.1.6 Recusa de inclusão/exclusão de dependente

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

Já nos contratos coletivos, a possibilidade de inclusão de dependentes depende de previsão contratual. Caso haja autorização para a inclusão de dependentes, 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).

É certo que, se houver a previsão de inclusão de cônjuges, companheiros (inclusive do mesmo sexo) também devem ser aceitos. E se a previsão for de inclusão de filhos, a legislação não permite que haja diferenciação entre filhos naturais e adotados.

Em 2010 a ANS editou a súmula nº 12, segundo a qual “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”.

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.

Legislação: art. 5º, caput, Constituição Federal; art. 6º, III, CDC; Súmula nº 12/2010 da ANS; art. 5º, §1º, VII e art. 9º, §1º, Resolução Normativa nº 195/2009, da ANS.

3.1.7 Inclusão de filhos no plano de saúde

As regras referentes à inclusão de dependentes em planos de saúde se aplicam também aos filhos: em contratos individuais/familiares a inclusão deve ocorrer e, quanto aos contratos coletivos, dependerá do que dispõe o próprio contrato (vide tópico anterior).

Ao consumidor contratante de plano de saúde com cobertura obstétrica é garantido o direito de incluir o seu filho recém-nascido sem cumprimento de carências, desde que a solicitação da inclusão se dê até 30 (trinta) dias após o nascimento. Tal direito se estende aos filhos adotados, desde que a inscrição se dê em até 30 (trinta) dias contados da adoção.

Legislação: art. 12, III, b, Lei nº 9.656/98.

3.1.8 Recusa de contratação com consumidor idoso ou com doença preexistente

É discriminatório e ilegal negar a contratação de plano de saúde em razão de idade ou condição de saúde do consumidor. 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 para determinado perfil de consumidor. A Lei de Planos de Saúde já veda textualmente tais restrições, e a ANS complementou em 2011 o entendimento sobre o tema com a edição da Súmula nº 19, segundo a qual:

1 - A comercialização de planos privados de assistência à saúde por parte das operadoras, tanto na venda direta, quanto na mediada por terceiros, não pode desestimular, impedir ou dificultar o acesso ou ingresso de beneficiários em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência, inclusive com a adoção de práticas ou políticas de comercialização restritivas direcionadas a estes consumidores;

2 - Os locais de comercialização ou venda de planos privados de assistência à saúde por terceiros devem estar aptos a atender a todos os potenciais consumidores (ou beneficiários) que desejem aderir, sem qualquer tipo de restrição em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência.

Legislação: art. 3º, IV e art. 5º, caput, Constituição Federal; art. 39, IX, CDC; art. 14, Lei nº 9.656/98; Súmula nº 19/2011, da ANS.

3.2. Reajustes

3.2.1 Reajuste anual

Anualmente os contratos de planos de saúde sofrem reajustes que recompõem os seus custos. Aumentos com esse objetivo em periodicidade menor de 12 (doze) meses são proibidos.

Os reajustes anuais não se confundem com os reajustes por mudança de faixa etária (vide mais informações no próximo tópico). Estes são aplicados no momento em que o consumidor atinge determinada faixa etária, prevista em contrato, sendo possível, em alguns anos, o consumidor sofrer ambos os reajustes.

Para aplicação de reajustes anuais, além do respeito ao intervalo mínimo de 12 (doze) meses, é necessário que os critérios de reajuste estejam claramente previstos no contrato, incluindo-se data base para cálculo do reajuste (mês de aniversário do contrato) e índice de reajuste aplicado. A depender da forma de contratação – se individual/familiar ou coletiva – e do ano de celebração do contrato – contrato antigo ou novo – as regras de reajuste são diferentes.

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

Os contratos individuais ou familiares novos ou adaptados somente podem ser reajustados com a autorização da ANS e, no caso de planos de assistência médica com ou sem odontologia, de acordo com o percentual máximo de reajuste por ela determinado anualmente. O percentual máximo de reajuste é calculado considerando-se a média de reajuste dos contratos coletivos.

Os planos exclusivamente odontológicos devem ter cláusula contratual clara com relação ao reajuste a ser aplicado.

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

Os contratos individuais e familiares antigos não têm, em um primeiro momento, o percentual máximo de reajuste anual fixado pela ANS. A depender da situação contratual, são três as possibilidades para definição do reajuste a ser aplicado:

1. 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 2 e 3 a seguir.

2. Contratos sem cláusula clara de reajuste - Situações específicas de reajuste das empresas Amil, Golden Cross, Sul América, Bradesco Saúde e Itaúseg

As empresas elencadas celebraram acordo com a ANS, chamados Termos de Compromisso, que permitem a aplicação de reajustes residuais para compensar supostas perdas pela falta de aumento nos planos antigos. Com isso, anualmente a ANS publica percentuais de reajuste diferenciados para estes planos, que em geral ficam acima do teto estabelecido para os demais contratos individuais/familiares. Existem diversas ações civis públicas propostas pelo Ministério Público e pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) que ainda tramitam e discutem a legalidade dos Termos de Compromisso.

3. Contratos sem cláusula clara e específica de reajuste das demais empresas

Nesses casos, o reajuste máximo a ser aplicado deve ser o definido anualmente pela ANS para contratos individuais novos ou adaptados.

Contratos coletivos antigos, novos ou adaptados

Como regra geral, os planos de saúde coletivos não precisam de autorização da ANS para aplicação de reajuste anual, mas devem lhe informar o percentual aplicado. Assim, 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, até 30 dias após a sua aplicação. A exigência de observância de anualidade (intervalo mínimo de 12 (doze) meses entre reajustes anuais) para aplicação permanece.

Geralmente, o reajuste anual dos contratos coletivos advém da aplicação de cláusula contratual aberta, que prevê a variação de custos médico-hospitalares como balizadora do seu cálculo. Além disso, há componentes de reajuste por aumento de sinistralidade que se misturam ao reajuste anual.

A agência 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), há paridade de forças na negociação e sua intervenção seria desnecessária.

O SNDC defende a necessidade de regulação do reajuste de planos de saúde como um todo, posto que as forças não são verdadeiramente paritárias entre as pessoas jurídicas que participam da negociação do contrato coletivo: a liberdade para rescindir unilateralmente o contrato desequilibra a equação, muitas empresas, na realidade, não tem poder de barganha junto às Operadoras – há muitos planos de saúde coletivos formados por grupos pequenos, com capacidade reduzida de negociação – e, por fim, a questão da falsa coletivização (vide item 1.4).

Em resposta à pressão dos órgãos e organizações de defesa do consumidor, a ANS editou em 2012 norma específica que trata dos reajustes em contratos coletivos com menos de 30 (trinta) consumidores – Resolução Normativa nº 309/2012. Segundo a resolução, é obrigatório que as operadoras de plano de saúde agrupem todos os seus contratos de planos de saúde com menos de 30 (trinta) pessoas para cálculo do percentual de reajuste a ser aplicado. O agrupamento consiste em medida que tem por finalidade promover a distribuição do risco inerente à operação de cada um dos contratos agrupados entre todos estes contratos.

Um dos problemas dos reajustes livres dos contratos coletivos sempre foi o fato da operadora de plano de saúde diluir o risco – ou seja, os custos do contrato – apenas entre os consumidores que o compunham. Assim, se em um contrato constassem quatro pessoas, os custos seriam distribuídos apenas entre elas, havendo a possibilidade de aplicação de altos reajustes em contratos nos quais houvesse uma pessoa que demandou um tratamento custoso ao longo de apuração do reajuste.

A Resolução Normativa nº 309/2012 faz com que o cálculo de custos em contratos com menos de 30 (trinta) pessoas se dilua, melhorando a situação do consumidor. Contudo, o problema dos reajustes dos contratos coletivos permanece, sendo necessária a regulação dos reajustes de todos os contratos, a fim impedir a imposição, por parte das Operadoras e Administradoras de Benefícios, de índices muito altos de reajustes, capazes de inviabilizar a permanência dos

consumidores nos planos.

Legislação: art. 5º, XXXII, e art. 197, Constituição Federal; art. 6º, III, art. 51, V, CDC; art. 16, XI, Lei nº 9.656/98; art. 28, Lei nº 9.069/95; Resolução Normativa nº 171/2008, da ANS; e Resolução Normativa nº 309/2012, da ANS.

3.2.2 Reajuste 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, por questões naturais, quanto mais idosa a pessoa, mais necessários e mais freqüentes 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.

Os contratos antigos, por terem sido assinados antes da regulamentação setorial, não possuem padronização com relação às idades nas quais os reajustes são aplicados. De qualquer maneira, se não houver cláusula clara que preveja esse reajuste, ele não pode ser aplicado. Além disso, caso os percentuais aplicados sejam muito altos, a cláusula pode ser considerada abusiva e, portanto, nula. Não há na doutrina e na jurisprudência uniformização sobre o que seria um aumento abusivo, sendo necessário discutir as características do caso concreto. Um aumento muito significativo, de uma única vez, por exemplo, pode ser tido como abusivo, mesmo em contratos novos.

Por uma escolha regulatória, a ANS não fixa os valores percentuais de reajuste a serem aplicados em cada faixa etária. A partir da sua criação, a ANS passou a designar, 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. Assim, a ANS define as faixas etárias passíveis de reajuste, mas não fixa os percentuais a serem aplicados, nos seguintes termos:

Planos contratados entre 1999 e 2003, antes de entrar em vigor o Estatuto do Idoso

Para os contratos de planos de saúde celebrados nesse período (após a edição da Lei de planos de saúde e antes da vigência do Estatuto do Idoso), a ANS entende que deve ser observado o preconizado na Resolução Consu nº 06/98, que determina a obrigatoriedade de sete faixas etárias. A Consu nº 06/98 determina, também, 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). A Lei de planos

de saúde faz a ressalva de que os contratos de consumidores com mais 60 anos e mais de dez anos de plano não podem sofrer o reajuste por variação de faixa etária. As faixas etárias dispostas na Resolução Consu n° 06/98 são:

- 0 (zero) a 17 (dezesete) anos;
- 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos;
- 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos;
- 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos;
- 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos;
- 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos;
- 70 (setenta) anos em diante.

Pelo exposto, vê-se que o entendimento da ANS é de que os contratos de planos de saúde celebrados antes da edição do Estatuto do Idoso podem contemplar a aplicação de reajustes por variação de faixa etária para consumidores com mais de 60 anos. Especificamente, de acordo com a Resolução Consu n° 06/98, nota-se que o consumidor idoso encontra-se sujeito a ter o seu plano reajustado por duas vezes, ao completar 60 (sessenta) anos e ao completar 70 (setenta) anos (dados anteriormente citados).

O SNDC discorda desse posicionamento da Agência Reguladora e entende que qualquer cobrança referente à reajuste por variação de faixa etária aplicada para beneficiários maiores de 60 (sessenta) anos, por ser contrário ao Estatuto do Idoso (Lei n° 10.741/2003), não poderá ser aplicado. De acordo com o Código de Defesa do Consumidor e o Código Civil; bem como, com o Estatuto do Idoso, as cláusulas contratuais que prevêm reajustes das mensalidades vinculados à progressão da idade do idoso (a partir de 60 anos) são abusivos e ilegais. Portanto, não têm validade mesmo em contratos assinados (independente da data da assinatura do instrumento contratual), sendo que esses reajustes devem ser contestados e denunciados caso a empresa operadora do plano insista em tais aumentos. Nesse sentido, também, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) já se manifestou em diversas ações individuais proibindo a cobrança abusiva dos planos de saúde de reajustes por faixa etária para pessoas com mais de 60 anos. A medida não cria jurisprudência, mas serve de embasamento para que idosos de todo país entrem com ações pleiteando o respectivo direito.

Planos contratados a partir de 2004, após a entrada em vigor do Estatuto do Idoso

O Estatuto do Idoso proibiu a aplicação de aumento por mudança de faixa etária para consumidores com 60 ou mais anos. Assim, a ANS refez as regras referentes a faixas etárias, transformando-as em dez faixas – sendo a última aos 59 anos.

A partir da vigência do Estatuto do Idoso, a ANS editou a Resolução Normativa nº 63/2003, a qual manteve a determinação de 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). A RN nº 63/2003 determina, também, 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. Essa nova regra restou imposta na tentativa de impedir toda a concentração dos reajustes nas últimas faixas etárias. As faixas etárias dispostas na RN nº 63/2003 são:

- 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Para o SNDC se houver um percentual de aumento muito alto de uma só vez, mesmo que previsto em contrato, tratar-se-á de uma cláusula contratual abusiva (art. 51, IV, parágrafo 1º e incisos I a III do Código de Defesa do Consumidor) e, portanto, passível de questionamento.

Por fim, se o plano de saúde for familiar, importante salientar que o reajuste (por faixa etária) se aplica apenas à parcela da mensalidade correspondente ao consumidor que passou pela mudança de faixa etária.

Legislação: art.39,V e XII, art. 51, IV, art.51, §1º, I a III, CDC; art.15, parágrafo único, Lei nº 9.656/98); art.15, § 3º, Lei nº 10.741/03; Resolução CONSU nº 6/98; Resolução Normativa nº 63/2003, da ANS.

3.2.3 Reajuste por mudança de faixa etária e o Estatuto do Idoso

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) é uma lei protetiva dos cidadãos com 60 (sessenta) anos ou mais. Entre as medidas que prevê está a vedação da aplicação de reajustes em razão da idade a idosos em planos de saúde. Segundo seu artigo 15, § 3º: “É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”.

A lei entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004 e, desde então, estabeleceu-se uma controvérsia acerca da sua aplicação. A vedação do reajuste por mudança de faixa etária seria aplicada apenas aos contratos de planos de saúde assinados a partir da sua entrada em vigor, ou aos contratos já vigentes?

A ANS defende a aplicação da regra apenas aos contratos assinados a partir de 2004. O Poder Judiciário tende a defender posição oposta, embora haja decisões minoritárias alinhadas à visão da agência.

Aqueles que defendem a aplicação do Estatuto do Idoso apenas aos contratos assinados a partir de janeiro de 2004 fundamentam sua visão na interpretação restritiva do ato jurídico perfeito (art. 5º, XXXVI, Constituição Federal).

Segundo o art. 6º, §1º, da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (Decreto-Lei nº 4.707/42), ato jurídico perfeito é aquele que já se consumou segundo a lei vigente ao tempo em que se efetuou. A visão mais restritiva do conceito de ato jurídico perfeito sustenta que o contrato produz os seus efeitos no momento da sua assinatura, e é a lei vigente a essa época que se aplica.

O ato jurídico perfeito é entendido de maneira diversa por parte da doutrina, inclusive pela maioria dos Ministros do Superior Tribunal de Justiça (STJ), quando se trata da interpretação de contratos que se protraem no tempo (contratos de trato sucessivo), caso dos contratos de planos de saúde. Sendo o Estatuto do Idoso uma lei de interesse social e regulamentadora de proteção ao idoso prevista na Constituição Federal, sua aplicabilidade seria imediata, incluindo todos os fatos ocorridos em planos de saúde a partir de sua entrada em vigor, independentemente da data de assinatura do contrato.

A legislação, por sua vez, assim como a sociedade, tende a evoluir, e não faz sentido “prender” o consumidor à legislação do momento da assinatura de um contrato desse tipo, se surge uma legislação posterior, de interesse social. Assim, quando são editadas leis como o Estatuto do Idoso, que são de interesse social, sua aplicação deve ser imediata, incidindo sobre todas as relações que, na execução do contrato de trato sucessivo, acontecerem a partir da edição dessa nova lei.

Não é qualquer lei que tem esse efeito de aplicação imediata, mas somente aquelas que são consideradas de ordem pública ou de interesse social, e não é qualquer contrato que é afetado, mas apenas aqueles que, por suas peculiaridades – expressas acima –, são classificados como contratos de trato sucessivo (IDEC, 2008).

Nos Recursos Especiais nº 707.286, nº 809.329, nº 989.380 e nº 1.098.804, o Superior Tribunal de Justiça considerou que o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03) veda a aplicação de reajustes por mudança de faixa etária para pessoas com 60 anos ou mais, independentemente da data de contratação do plano de saúde. Já o Recurso Especial nº 866.840 o entendimento foi o de que a abusividade do reajuste deve ser aferida caso a caso.

Em relação aos reajustes por mudança de faixa etária para idosos ocorridos antes de janeiro de 2004, como o reajuste aconteceu antes de o Estatuto do Idoso entrar em vigor, não é possível anulá-los – nesses casos não há controvérsia.

Legislação: art. 15, § 3º, Lei nº 10.741/03; art. 5º, XXXVI, Constituição Federal; Resolução CONSU nº 6/98; Resolução Normativa nº 63/2003, da ANS.

Jurisprudência

DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSO CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. LEGITIMIDADE DE ÓRGÃO DO PODER LEGISLATIVO PARA A PROPOSITURA DA AÇÃO. ESTATUTO DO IDOSO. PLANOS DE SAÚDE. REAJUSTE DE MENSALIDADES EM RAZÃO DE MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. VEDAÇÃO.

1. Da conjugação do art. 21 da Lei n.º 7.347/85 (Lei da Ação Civil Pública), com os dispositivos do Título III do CDC, extrai-se que os colegitimados do art. 82, III, desse Código podem se utilizar da ação civil pública na defesa dos interesses e direitos do consumidor.

2. O art. 82, III, do CDC prevê, como requisito essencial à legitimação dos órgãos da Administração Pública para propor ações coletivas, a atuação desses na defesa dos direitos do consumidor.

3. Exigir a menção no Regimento Interno da recorrente (Órgão do Poder Legislativo) sobre a atuação em juízo privilegiar-se-ia o excesso de formalismo, em detrimento da finalidade perseguida pelo legislador de facilitar a atuação das entidades e órgãos de defesa do consumidor em juízo.

4. Veda-se a discriminação do idoso em razão da idade, nos termos do art. 15, § 3º, do Estatuto do Idoso, o que impede especificamente o reajuste das mensalidades dos planos de saúde que se derem por mudança de faixa etária; essa vedação não envolve, todavia, os demais reajustes permitidos em lei, os quais ficam garantidos às empresas prestadoras de planos de saúde, sempre ressalvada a abusividade.

5. Recurso especial conhecido e provido.

(RESP 1.098.804/RJ, Relatora Ministra Nancy Andrichi, julgamento em 2/12/10)

DIREITO CIVIL. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. CLÁUSULA DE REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. INCREMENTO DO RISCO SUBJETIVO. SEGURADO IDOSO. DISCRIMINAÇÃO. ABUSO A SER AFERIDO CASO A CASO. CONDIÇÕES QUE DEVEM SER OBSERVADAS PARA VALIDADE DO REAJUSTE.

1. Nos contratos de seguro de saúde, de trato sucessivo, os valores cobrados a título de prêmio ou

mensalidade guardam relação de proporcionalidade com o grau de probabilidade de ocorrência do evento risco coberto. Maior o risco, maior o valor do prêmio.

2. É de natural constatação que quanto mais avançada a idade da pessoa, independentemente de estar ou não ela enquadrada legalmente como idosa, maior é a probabilidade de contrair problema que afete sua saúde. Há uma relação direta entre incremento de faixa etária e aumento de risco de a pessoa vir a necessitar de serviços de assistência médica.

3. Atento a tal circunstância, veio o legislador a editar a Lei Federal nº 9.656/98, rompendo o silêncio que até então mantinha acerca do tema, preservando a possibilidade de reajuste da mensalidade de plano ou seguro de saúde em razão da mudança de faixa etária do segurado, estabelecendo, contudo, algumas restrições e limites a tais reajustes.

4. Não se deve ignorar que o Estatuto do Idoso, em seu art. 15, § 3º, veda "a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade". Entretanto, a incidência de tal preceito não autoriza uma interpretação literal que determine, abstratamente, que se repute abusivo todo e qualquer reajuste baseado em mudança de faixa etária do idoso. Somente o reajuste desarrazoado, injustificado, que, em concreto, vise de forma perceptível a dificultar ou impedir a permanência do segurado idoso no plano de saúde implica na vedada discriminação, violadora da garantia da isonomia.

5. Nesse contexto, deve-se admitir a validade de reajustes em razão da mudança de faixa etária, desde que atendidas certas condições, quais sejam: a) previsão no instrumento negocial; b) respeito aos limites e demais requisitos estabelecidos na Lei Federal nº 9.656/98; e c) observância ao princípio da boa-fé objetiva, que veda índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem em demasia o segurado.

6. Sempre que o consumidor segurado perceber abuso no aumento de mensalidade de seu seguro de saúde, em razão de mudança de faixa etária, poderá questionar a validade de tal medida, cabendo ao Judiciário o exame da exorbitância, caso a caso.

7. Recurso especial provido.

(RESP 866.840/SP, relator Ministro Luiz Felipe Salomão, julgamento em 7/6/2011)

3.2.4 Reajuste por aumento de sinistralidade

O reajuste por aumento de sinistralidade é aplicado sob a alegação de que a equação de custos que sustenta o contrato de plano de saúde se desequilibrou. Quando celebrado um contrato e fixado o seu preço, a empresa de plano de saúde supostamente calcula atuarialmente quanto pretende arrecadar com as cobranças de mensalidades e o quanto, dentro deste montante, será destinado ao pagamento de sinistros.

Os planos de saúde incorporam a sua atividade muito da lógica do seguro, posto que são contratados para cobrir os custos assistenciais de atendimento à saúde que pode ser ou não necessário. O consumidor, ao adquirir um plano de saúde, espera legitimamente que eventos futuros e incertos que envolvam a sua saúde sejam cobertos. O risco é assumido pelo plano de saúde em troca do pagamento de uma mensalidade. O sinistro é a ocorrência desse evento.

A utilização do plano de saúde fora do inicialmente previsto – ocorrência de sinistros em maior quantidade ou com maior custo do que inicialmente calculado – poderia gerar um desequilíbrio do contrato, justificando o reajuste por aumento da sinistralidade. Ocorre que a aplicação desse reajuste significa a transferência para o consumidor do ônus da atividade negocial

– se a sinistralidade é menor do que a esperada, o maior lucro é embolsado; se a sinistralidade é maior do que a esperada, o prejuízo é repassado para o consumidor.

Além disso, a aceitação do reajuste por aumento de sinistralidade permite a colocação no mercado de planos de saúde com preços abaixo do razoável para a composição de custos, atraindo os consumidores; uma vez capturado o consumidor, aplica-se um reajuste por aumento de sinistralidade. Lembre-se que a mobilidade do consumidor no mercado de planos de saúde não é plena, mesmo existindo a possibilidade de portar carências em alguns tipos contratuais.

Por fim, a aplicação desse tipo de reajuste permite a variação unilateral de preço pela operadora, prática considerada ilegal pelo Código de Defesa do Consumidor.

Legislação: art. 51, IV, X e XV, parágrafo 1º, incisos I a III, CDC; Resolução Normativa nº 171/2008.

3.3 Cancelamento de contrato

3.3.1 Cancelamento do contrato pelo 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 da desistência.

Recomenda-se que o cancelamento seja feito por escrito, com comprovação de recebimento pela operadora/administradora (carta com Aviso de Recebimento, e-mail etc.).

Legislação: art. 421 do Código Civil.

3.3.2 Cancelamento do contrato pela operadora de plano de saúde por inadimplência do consumidor ou fraude

A Lei nº 9.656/98 prevê, nos casos de planos de saúde de contratação individual/familiar, a possibilidade de rescisão do contrato pela operadora em caso de inadimplemento do consumidor, ou seja, não pagamento das mensalidades. Para tanto, o consumidor deve deixar de pagar o plano por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, ao longo de um ano. Além disso, para que o cancelamento possa ocorrer, é obrigatória a notificação do consumidor com no mínimo dez dias de antecedência.

Os contratos antigos não têm norma específica sobre o tema, sendo adequado aplicar as

disposições da Lei nº 9.656/98 por analogia. Em relação aos contratos coletivos, por sua vez, a Resolução Normativa nº 195/2009, da ANS preconiza que as condições de suspensão da cobertura assistencial e de rescisão do contrato - tanto nos planos coletivos empresariais, como nos coletivos pro adesão - devem constar nos termos do contrato coletivo celebrado entre as partes. Cláusulas contratuais que preveem a suspensão imediata da cobertura do plano de saúde em caso de inadimplência do consumidor, ou o cancelamento do contrato em razão do não pagamento de uma mensalidade pelo consumidor, têm sido consideradas abusivas pelo Poder Judiciário. Também são abusivas as cláusulas que preveem a submissão do consumidor a novo prazo de carência em razão de inadimplência.

Outra possibilidade lícita de cancelamento do contrato pela operadora é a de constatação de fraude do consumidor. A fraude está presente, por exemplo, quando o consumidor deliberadamente mente no preenchimento da Declaração de Saúde (vide item 3.1.3), ou quando empresta a sua carteira de identificação do plano para que terceiro a utilize.

Legislação: art. 13, II, Lei nº 9.656/98 e art. 51, IV e parágrafo 1º, incisos I a III, Código de Defesa do Consumidor.

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.

(RESP 259263/SP, relator Ministro Castro Filho, julgamento em 2/8/05)

3.3.3 Rescisão unilateral pela operadora de plano de saúde

A rescisão unilateral de contrato pela operadora de plano de saúde é expressamente vedada pela Lei nº 9.656/98 com relação aos contratos individuais e familiares, exceto em razão de inadimplemento pelo consumidor ou de fraude (veja tópico 3.3.2). Todavia, a lei silencia com relação aos contratos coletivos, motivo pelo qual a ANS entende ser cabível a rescisão unilateral neste tipo de contrato.

A Resolução Normativa nº 195/09 da ANS determina, com relação aos contratos coletivos, que as condições de rescisão ou suspensão do contrato devem constar do contrato celebrado entre as partes, sendo permitida a rescisão imotivada após doze meses de contratação e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias (art. 17).

Contudo, considerando a relação de consumo existente nos contratos de planos de saúde, mesmo que coletivos, a aplicação do CDC deve ser observada para suprir eventual lacuna deixada pela Lei nº 9656/98. Nesse sentido, segundo a Lei nº 8078/90, a rescisão unilateral do contrato é vedada se o instrumento contratual não conferir igual possibilidade ao consumidor. Além disso, a rescisão unilateral do contrato coletivo representa desvantagem excessivamente onerosa para o consumidor, contrariando os princípios da boa-fé e da equidade. Sobre a aplicação do CDC a todos os contratos de planos de saúde, consultar o item 1.4.

Legislação: arts. 4º, I, 6º, IV e 51, Código de Defesa do Consumidor.

3.4 Carências e cobertura parcial temporária

3.4.1 Carências e coberturas parciais temporárias permitidas pela legislação

A carência é um período durante o qual o consumidor, embora pague as mensalidades do plano de saúde, não pode usufruir determinadas coberturas. A cobertura parcial temporária é a “carência” aplicada a doenças e lesões preexistentes.

Segundo a Lei nº 9.656/98, a Lei de Planos de saúde, os prazos máximos de carência são de: 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência; 300 (trezentos) dias para parto e 180 (cento e oitenta) para demais casos.

A mesma lei, em seu artigo 35-C, I e II, esclarece que os casos de emergência são aqueles que implicam no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Já os casos de urgência são aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. Leia mais sobre coberturas de urgência e emergência no tópico 3.4.3.

O período máximo que a Operadora pode impor a Cobertura Parcial Temporária (CPT) ao consumidor, por sua vez, é de 24 (vinte e quatro) meses. A CPT não é aplicada para todos os procedimentos, mas apenas àqueles, eventualmente, demandados pelo consumidor e que sejam considerados de alta complexidade pela ANS, relativos à utilização de leitos de alta tecnologia e para procedimentos cirúrgicos, que estejam, diretamente, relacionados à doença ou lesão

preexistente (DLP) declarada(s) pelo consumidor no ato da contratação do plano de saúde. A CPT pode ser substituída pelo pagamento de agravo, que consiste em um acréscimo temporário no valor da mensalidade, oferecido ao consumidor que declare ser portador de doenças ou lesões preexistentes para que ele tenha direito à cobertura integral, mesmo para os atendimentos motivados por essas doenças ou lesões que ele declarou ser portador no momento da adesão contratual.

Contratos coletivos novos ou adaptados

Conforme quadro explicativo que segue, os contratos coletivos novos ou adaptados possuem regras diferenciadas que, a depender do caso, isentam o consumidor de cumprir carências ou cobertura parcial temporária.

	Carências	Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo
Plano Coletivo empresarial	<p>Com 30 consumidores ou mais: Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, 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.</p> <p>Com menos de 30 consumidores: É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</p>	<p>Com 30 consumidores ou mais: 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.</p> <p>Com menos de 30 consumidores: É permitida a aplicação de CPT ou agravo.</p>
Plano Coletivo por adesão	<p>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.</p>	<p>É permitida a aplicação de CPT ou agravo, independentemente do número de consumidores contratantes.</p>

	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) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data do aniversário do contrato.	
Plano Individual/Familiar	A exigência de cumprimento de carências é permitida.	A exigência de cumprimento de cobertura parcial temporária é permitida.

Fonte: ANS. *Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.*

Contratos antigos

Importante verificar que os beneficiários de contratos antigos, em regra, já cumpriram os seus prazos de carência ou cobertura parcial temporária. Exceção aos casos de novos ingressantes em contrato já vigentes. Não há na legislação regra clara com relação à carência e à cobertura parcial temporária em contratos antigos. Aplicam-se, portanto, as disposições do CDC, que vedam a imposição de práticas ou cláusulas abusivas. Os padrões da Lei nº 9.656/98, embora não se apliquem diretamente a esse contrato, podem ser tidos como parâmetros para verificação de abusividade no caso concreto.

Legislação: art. 51, IV, parágrafo 1º, I a III, Código de Defesa do Consumidor; arts. 10, parágrafo 4º, 11 e 12, V, Lei nº 9.656/98; Resoluções nº 162/2008 e nº 195/2009, da ANS.

3.4.2 Agravo

Agravo é um acréscimo temporário no valor da mensalidade paga ao plano de saúde para que o consumidor tenha direito integral à cobertura contratada, mesmo para os procedimentos demandados relacionados à doença ou lesão preexistente declarada. Ou seja, o agravo substitui a cobertura parcial temporária de até 24 meses, período durante o qual o consumidor que tem doença ou lesão preexistente não acessa procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados à doença ou lesão preexistente declarada.

A oferta de agravo pela operadora, em substituição à cobertura parcial temporária, é

facultativa. 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 cobertura parcial temporária fosse cumprida integralmente, sob pena de restar caracterizada prática abusiva.

Legislação: art. 39, V e art. 51, IV, CDC.

3.4.3 Urgências e emergências

O art. 12, V, c, da Lei nº 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.

Assim, a legislação setorial preconiza que, para os planos “novos”, regulamentados pela Lei nº 9656/98 (contratados a partir de janeiro/1999), após as 24 horas da assinatura do contrato, é obrigatória a cobertura dos procedimentos de urgência e de emergência; contudo, a Resolução CONSU nº 13/98 da ANS, que dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência, impõe algumas restrições a esses atendimentos, de acordo com as limitações e segmentações do plano contratado.

Se o plano contratado for apenas ambulatorial, o atendimento fica limitado às primeiras 12 horas. Ultrapassado esse período e caso haja necessidade de internação, a cobertura cessa e as despesas passam a correr por conta do paciente.

Nos planos da segmentação hospitalar, após 24 horas de sua contratação, a operadora de planos de saúde deve garantir a cobertura aos atendimentos de urgência e emergência. Porém, em situações de emergência, o atendimento durante os períodos de carência pode ser limitado às primeiras 12 horas. É uma decisão do plano de saúde estender ou não este prazo. Já o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal deve ser garantido, sem restrições, após 24 horas da vigência do contrato.

No plano "Referência", após 24 horas da vigência do contrato, os atendimentos de urgência e emergência são ilimitados.

Resumindo: Em situações de urgência e emergência deve-se observar, também, o tipo de plano contratado (se ambulatorial, hospitalar ou referência), a situação do plano (se em carência ou com carência cumprida) e o tipo de atendimento demandado (se 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	independente do tipo	ilimitada
Referência	independente da situação	independente do tipo	ilimitada

Atenção:

Obs. 1: Ultrapassado este prazo de 12 horas (*), ou quando verificada a necessidade de internação, cessa a responsabilidade financeira da operadora. Porém, cabe a esta arcar e responsabilizar-se pela remoção do paciente para uma unidade de atendimento do SUS onde haja a continuidade do atendimento. 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 emergência.

É garantida a cobertura para atendimento de urgência ou emergência para o consumidor de plano privado de saúde que estiver cumprindo prazo de cobertura parcial temporária (CPT), Desde que ele tenha cumprido as carências para internação (máximo de 180 dias) e o

atendimento de urgência e emergência não envolva procedimentos descritos no Rol da ANS como "Procedimento de alta complexidade" (PAC), procedimentos cirúrgicos ou que requeiram internação em leito de alta tecnologia diretamente relacionados à doença ou lesão preexistente declarada. Nas outras situações de urgência e emergência, ou seja, atendimentos não relacionadas às doenças e lesões preexistentes, valem as regras gerais descritas para as situações de urgência e emergência, de acordo com a segmentação contratada e com os períodos de carência cumpridos ou não (conforme estabelecido na Resolução CONSU nº 13/98).

A jurisprudência tende a considerar abusiva a Resolução CONSU nº 13 (em face às muitas restrições previstas para atendimentos demandados em situações de urgência e emergência) e a afastar a sua aplicação. Dessa forma, muitos casos, relativos a atendimentos de urgência e emergência, até mesmo em razão da gravidade e da pressa que inspiram, acabam por ser judicializados.

Legislação: art. 5º, CF; arts. 12, V, c, 35-C, I e II, Lei nº 9.656/98; arts. 18, § 6º, III, 20, § 2º, 39, V, 51, IV, CDC; Resolução CONSU nº 13.

Jurisprudência

DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. PERÍODO DE CARÊNCIA. SITUAÇÕES EMERGENCIAIS GRAVES. NEGATIVA DE COBERTURA INDEVIDA.

I - Na linha dos precedentes desta Corte, o período de carência contratualmente estipulado pelos planos de saúde, não prevalece, excepcionalmente, diante de situações emergenciais graves nas quais a recusa de cobertura possa frustrar o próprio sentido e razão de ser do negócio jurídico firmado.

II - No caso dos autos o seguro de saúde foi contratado em 27/10/03 para começar a vigor em 1º/12/03, sendo que, no dia 28/01/04, menos de dois meses depois do início da sua vigência e antes do decurso do prazo de 120 dias contratualmente fixado para internações, o segurado veio a necessitar de atendimento hospitalar emergencial, porquanto, com histórico de infarto, devidamente informado à seguradora por ocasião da assinatura do contrato de adesão, experimentou mal súbito que culminou na sua internação na UTI.

III - Diante desse quadro não poderia a seguradora ter recusado cobertura, mesmo no período de carência.

IV - Recurso Especial provido.

(RESP 1.055.199/SP, relator Ministro Sidnei Beneti, julgamento em 3/5/11)

SEGURO DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. APRECIÇÃO ACERCA DE VIOLAÇÃO À RESOLUÇÃO. DESCABIMENTO. NATUREZA DA RELAÇÃO JURÍDICA. CONSUMO. PRAZO CONTRATUAL DE CARÊNCIA PARA COBERTURA SECURITÁRIA. POSSIBILIDADE. CONSUMIDOR QUE, MESES APÓS A ADESÃO DE SEU GENITOR AO CONTRATO DE SEGURO, VÊ-SE ACOMETIDO POR TUMOR CEREBRAL E HIDROCEFALIA AGUDA. ATENDIMENTO EMERGENCIAL. SITUAÇÃO-LIMITE EM QUE O BENEFICIÁRIO NECESSITA, COM PREMÊNIA, DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS-HOSPITALARES COBERTOS PELO SEGURO. INVOCAÇÃO DE CARÊNCIA.

DESCABIMENTO, TENDO EM VISTA A EXPRESSA RESSALVA CONTIDA NO ARTIGO 12, V, ALÍNEA "C", DA LEI Nº 9.656/98 E A NECESSIDADE DE SE TUTELAR O DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA.

1. "Lídima a cláusula de carência estabelecida em contrato voluntariamente aceito por aquele que ingressa em plano de saúde, merecendo temperamento, todavia, a sua aplicação quando se revela circunstância excepcional, constituída por necessidade de tratamento de urgência decorrente de doença grave que, se não combatida a tempo, tornará inócuo o fim maior do pacto celebrado, qual seja, o de assegurar eficiente amparo à saúde e à vida". (REsp 466.667/SP, Rel. Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR, QUARTA TURMA, julgado em 27/11/2007, DJ 17/12/2007, p. 174)
2. Diante do disposto no artigo 12 da Lei 9.656/98, é possível a estipulação contratual de prazo de carência, todavia o inciso V, alínea "c", do mesmo dispositivo estabelece o prazo máximo de vinte e quatro horas para cobertura dos casos de urgência e emergência.
3. Os contratos de seguro e assistência à saúde são pactos de cooperação e solidariedade, cativos e de longa duração, informados pelos princípios consumeristas da boa-fé objetiva e função social, tendo o objetivo precípua de assegurar ao consumidor, no que tange aos riscos inerentes à saúde, tratamento e segurança para amparo necessário de seu parceiro contratual.
4. Os artigos 18, § 6º, III, e 20, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor preveem a necessidade da adequação dos produtos e serviços à legítima expectativa que o Consumidor tem de, em caso de pactuação de contrato oneroso de seguro de assistência à saúde, não ficar desamparado, no que tange à procedimento médico premente e essencial à preservação de sua vida.
5. Portanto, não é possível a Seguradora invocar prazo de carência contratual para restringir o custeio dos procedimentos de emergência, relativos a tratamento de tumor cerebral que acomete o beneficiário do seguro.
6. Como se trata de situação-limite em que há nítida possibilidade de violação ao direito fundamental à vida, "se o juiz não reconhece, no caso concreto, a influência dos direitos fundamentais sobre as relações privadas, então ele não apenas lesa o direito constitucional objetivo, como também afronta direito fundamental considerado como pretensão em face do Estado, ao qual, enquanto órgão estatal, está obrigado a observar".(RE 201819, Relator(a): Min. ELLEN GRACIE, Relator(a) p/ Acórdão: Min. GILMAR MENDES, Segunda Turma, julgado em 11/10/2005, DJ 27-10-2006 PP-00064 EMENT VOL-02253-04 PP-00577 RTJ VOL-00209-02 PP-00821)
7. Recurso especial provido para restabelecer a sentença.
(RESP 962.980/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, julgamento em 13/3/12)

3.4.4 Carência por atraso no pagamento

Em alguns contratos antigos há a previsão de imposição de novas carências ao consumidor em razão de inadimplência. Tal prática é abusiva e, portanto, ilegal. Sobre o tema, vide jurisprudência citada no tópico 3.3.2.

Legislação: art. 51, IV, parágrafo 1º, incisos I a III, CDC; art. 13, II, Lei nº 9.656/98.

3.5 Portabilidade de carências

Portabilidade de carências é o nome que se dá à possibilidade do consumidor transferir-se para outro plano de saúde sem a necessidade de cumprir novas carências ou coberturas parciais temporárias, se estas já foram cumpridas no plano de saúde anterior.

A portabilidade é permitida em planos de saúde individuais e familiares novos e planos de saúde coletivos por adesão novos. Os contratos coletivos empresariais são submetidos, em

alguns casos, às regras da portabilidade especial, descritas no tópico que segue. São requisitos para exercício da portabilidade:

- (1) estar adimplente junto à operadora do plano de origem;
- (2) possuir prazo de permanência (a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou (b) nas portabilidades posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem;
- (3) o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem. Para verificar a compatibilidade, deve-se consultar o GUIA ANS, disponível no site da ANS;
- (4) a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão;
- (5) o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”;
- (6) requisição da portabilidade entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente;
- (7) a portabilidade de carências poderá ser exercida individualmente por cada beneficiário ou por todo o grupo familiar. Na hipótese de contratação familiar em que o direito à portabilidade de carências não seja exercido por todos os membros do grupo, o contrato é mantido, extinguindo-se o vínculo apenas daqueles que exerceram o referido direito.

Os contratos antigos não estão abarcados pela regra da portabilidade, mas sim pelas regras de migração e adaptação (veja item 3.12).

Legislação: Resolução Normativa nº 186/2009, da ANS.

3.5.1 Portabilidade de carências especial (quebra de operadoras, extinção de contrato coletivo por adesão ou empresarial por morte do titular do contrato ou contratos coletivos empresariais)

A portabilidade especial é uma portabilidade que pode ser exercida em situações excepcionais. Criada inicialmente para amparar consumidores vinculados a planos de saúde que passam por problemas de caráter assistencial ou financeiro, em 2011¹⁷ foi estendida também para os casos de consumidores que deixam os planos coletivos empresariais após demissão ou

¹⁷ Através da Resolução Normativa nº 279, da ANS.

aposentadoria, ou ainda em razão da extinção destes contratos decorrente da morte do titular.

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

A decretação da possibilidade de exercício da portabilidade especial em casos de operadoras que passam por dificuldades financeiras, administrativas ou liquidação (regime de Direção Técnica ou Fiscal, cancelamento compulsório do registro da operadora, liquidação judicial ou após o insucesso de transferência compulsória de carteira) é de responsabilidade da Diretoria Colegiada da ANS, que pode optar por decretá-la ou não. Essa faculdade de decretação da portabilidade especial é criticada pelas organizações de defesa do consumidor, que consideram necessário para a proteção do consumidor a decretação compulsória da portabilidade especial, preenchidos os requisitos da resolução. Além disso, também defendem que não se espere o insucesso da alienação compulsória de carteira para que a portabilidade especial seja decretada, sob pena dos consumidores já terem experimentado prejuízos irreversíveis.

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. As carências podem ser portadas para o novo plano de saúde. Todo e qualquer usuário do plano de saúde a ser liquidado pode exercer a portabilidade especial, seja o contrato antigo ou novo, individual/familiar ou coletivo.

Aqueles que estiverem cumprindo carências ou coberturas parciais temporárias podem levar os períodos parcialmente cumpridos para a nova operadora e nela cumprir os períodos restantes. Da mesma forma, se o consumidor estiver pagando agravo a menos de 24 (vinte e quatro) meses, pode completar o período na nova operadora ou optar por cumprir cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente. Se o beneficiário possuir 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.

Com relação aos requisitos para exercício da portabilidade, aplicam-se à portabilidade especial os seguintes:

- (1) o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem. Para verificar a compatibilidade, deve-se consultar o site da ANS;
- (2) a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão;
- (3) o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”.

As demais exigências (tempo mínimo de permanência no plano do qual se está saindo, período específico do ano para requisitar a portabilidade etc.) não se aplicam a essa portabilidade especial. Com relação à comprovação de adimplência com o plano do qual se está saindo, a regra é mais flexível, posto que um dos problemas enfrentados pelos consumidores quando a operadora está em vias de “quebrar” é a dificuldade para realizar pagamento: basta apresentar cópia dos comprovantes de pagamento de pelo menos quatro boletos vencidos, referentes a um período de seis meses que é estabelecido na Resolução Operacional que permite o exercício da portabilidade especial.

Legislação: art. 7-A, Resolução Normativa nº 186/2009, da ANS.

Portabilidade especial em razão de extinção de contrato coletivo por adesão ou empresarial por morte do titular do contrato

Os contratos coletivos por adesão e empresariais pressupõem a existência de vínculo do titular do contrato com uma associação, um sindicato ou um empregador, que atuam como intermediador. Com a morte do titular, tal vínculo se extingue, e muitos consumidores passam por dificuldades para manter-se no contrato ou, ao menos, migrar para outro plano aproveitando as carências já cumpridas.

Segundo a Resolução Normativa nº 186, da ANS, a portabilidade especial pode ser utilizada pelo consumidor que tiver o seu vínculo com plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão ou empresarial extinto em razão de morte do titular do contrato. A carência pode ser portada para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, de outra operadora, no prazo de 60 (sessenta) dias da extinção de seu vínculo.

Aqueles que estiverem cumprindo carências ou coberturas parciais temporárias podem levar os períodos parcialmente cumpridos para a nova operadora e nela cumprir os períodos restantes. Da mesma forma, se o consumidor estiver pagando agravo a menos de 24 (vinte e quatro) meses, pode completar o período na nova operadora ou optar por cumprir cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente. Se o beneficiário possuir 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.

Com relação aos requisitos para exercício da portabilidade, aplicam-se à portabilidade especial os seguintes:

- (1) estar adimplente junto à operadora do plano de origem;
- (2) o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem. Para

verificar a compatibilidade, deve-se consultar o site da ANS;

(3) a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão;

(4) o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”.

As demais exigências (tempo mínimo de permanência no plano do qual se está saindo, período específico do ano para requisitar a portabilidade etc.) se não se aplicam a essa portabilidade especial.

Legislação: Art. 7-B, Resolução Normativa nº 186/2009, da ANS.

Portabilidade especial para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98

A lei nº 9.656/98, em seu artigo 30, determina que ao consumidor de plano de saúde empresarial, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho. As condições para que esse direito seja exercido são:

- (1) o consumidor deve ter contribuído com o pagamento do plano de saúde¹⁸;
- (2) o consumidor deve assumir o pagamento integral da mensalidade;
- (3) o direito a permanecer no plano de saúde é garantido pelo período de um terço do tempo de permanência no plano de saúde, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses¹⁹;
- (4) o direito se estende a todo o grupo familiar inscrito durante a vigência do contrato de trabalho;
- (5) se o titular falece, o direito é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde;
- (6) o direito assegurado pela lei não exclui vantagens obtidas pelos empregados

¹⁸ Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

¹⁹ Exemplificativamente: se o consumidor teve o plano de saúde da empresa por três anos, poderá mantê-lo por mais um ano; se esteve no plano de saúde por sete anos, o prazo máximo de permanência é de dois anos.

decorrentes de negociações coletivas de trabalho;

(7) o direito a permanecer no plano extingue-se quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

O artigo 31 da mesma lei garante ao aposentado que contribuir com o plano de saúde coletivo empresarial o direito de nele permanecer. As condições para exercer o direito são:

(1) o consumidor deve ter contribuído com o pagamento do plano de saúde;

(2) o consumidor deve assumir o pagamento integral da mensalidade;

(3) se o consumidor contribuiu com o plano por dez anos ou mais durante a vigência do seu contrato de trabalho, pode nele permanecer indefinidamente;

(4) se o consumidor contribuiu com o plano por menos de dez anos, o seu direito a nele permanecer é assegurado à razão de um ano para cada ano de contribuição;

(5) o direito se estende a todo o grupo familiar inscrito durante a vigência do contrato de trabalho;

(6) se o titular falece, o direito é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde;

(7) o direito assegurado pela lei não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho;

(8) o direito a permanecer no plano extingue-se quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

As disposições da lei asseguraram alguns direitos aos consumidores, mas nada previram sobre os seus direitos depois que o tempo máximo de permanência no plano de saúde empresarial se esgote. A regulamentação, então, previu a portabilidade especial para esses casos.

Assim, o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, pode exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, de outra operadora.

Aqueles que estiverem cumprindo carências ou coberturas parciais temporárias podem levar os períodos parcialmente cumpridos para a nova operadora e nela cumprir os períodos restantes. Da mesma forma, se o consumidor estiver pagando agravo a menos de 24 (vinte e quatro) meses, pode completar o período na nova operadora ou optar por cumprir cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente. Se o beneficiário possuir 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências sem o

cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.

Os requisitos para o exercício dessa portabilidade especial são:

- (1) estar adimplente junto à operadora do plano de origem;
- (2) o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem. Para verificar a compatibilidade, deve-se consultar o site da ANS;
- (3) a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão;
- (4) o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”.

O tempo mínimo de permanência no plano do qual se está saindo não é exigido.

Os períodos durante os quais esta portabilidade especial pode ser requerida são os seguintes:

- (1) no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente; ou
- (2) no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

Legislação: Art. 7-C, Resolução Normativa nº 186/2009, da ANS.

Portabilidade especial para dependentes que perderem essa condição

Ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 (anteriormente expostas), os beneficiários dependentes de contratos individuais/familiares, coletivos por adesão ou coletivos empresariais podem portar as suas carências e coberturas parciais temporárias já cumpridas para outro plano se perderem a condição de dependente. Essa perda da condição de dependente ocorre, por exemplo, quando um filho atinge a idade limite para se manter no plano de saúde dos pais, ou quando um casal se divorcia ou dissolve união estável.

A portabilidade deve ser exercida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar do término do vínculo de dependência e independe da forma de contratação do plano de origem e da data de assinatura dos contratos.

Aqueles que estiverem cumprindo carências ou coberturas parciais temporárias podem levar os períodos parcialmente cumpridos para a nova operadora e nela cumprir os períodos restantes. Da mesma forma, se o consumidor estiver pagando agravo a menos de 24 (vinte e

quatro) meses, pode completar o período na nova operadora ou optar por cumprir cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente. Se o beneficiário possuir 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.

Os requisitos para o exercício dessa portabilidade especial são:

- (1) estar adimplente junto à operadora do plano de origem;
- (2) o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem. Para verificar a compatibilidade, deve-se consultar o site da ANS;
- (3) a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão;
- (4) o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”.

O tempo mínimo de permanência no plano do qual se está saindo não é exigido.

Legislação: Art. 7-D, Resolução Normativa nº 186/2009, da ANS.

3.5.2 Procedimento para portar carências

Passo a Passo da Portabilidade:

1.	Verifique se você tem direito à portabilidade de carências.
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; 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 por adesão.	
5.	Aguarde a resposta da operadora do plano de destino, que deverá ser dada em até 20 dias após a assinatura da proposta de adesão.
6.	Se a operadora do plano de destino não responder no prazo acima, considera-se que ela aceitou a proposta com portabilidade de carências. Nesse caso, recomenda-se que você faça novo contato para confirmar com a operadora e solicitar da carteirinha do plano.
7.	O contrato do plano de destino entra em vigor 10 dias após o aceite da operadora, tanto no caso do item 5 quanto no do item 6.
8.	A operadora do plano de destino entrará em contato com a operadora do plano de origem e com o beneficiário para confirmar a data de início de vigência do contrato, tratada no item 7.
9.	Recomenda-se que, ao final do processo, você entre em contato com a operadora do plano de origem para informar que exerceu a portabilidade de carências, apontando a data de início da vigência do contrato, que será a mesma do encerramento do contrato do plano de origem.

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 20 dias, informando se o consumidor atende aos requisitos para exercício da portabilidade. Se a empresa não se manifestar nesse prazo, considera-se que o consumidor cumpre os requisitos. Aceito o consumidor, o novo contrato do consumidor entra em vigor no prazo de 10 dias.

Enquanto a portabilidade não for concretizada, o consumidor não perde seu vínculo com a operadora anterior. Cabe à nova operadora informar à antiga a data de início da vigência do contrato.

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 o dever de devolver quaisquer valores que tenha recebido.

Caso a operadora do plano de destino não disponibilize a proposta de adesão solicitada pelo beneficiário, este pode fazer o pedido de portabilidade por telefone, ocasião em que deve especificar o número do registro do produto escolhido, devendo ser informado pela operadora o número do protocolo do atendimento e o local para entrega da documentação, que deve funcionar em horário comercial segundo os costumes do local.

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

Legislação: *Resolução Normativa nº 186/2009, da ANS.*

3.6 Coberturas

3.6.1 Procedimentos de cobertura obrigatória

Conforme já explicado no item referente a cobertura assistencial e segmentação (2.4.3), a Lei nº 9.656/98 (art. 10) determina que os contratos de planos privados de assistência à saúde devem garantir a cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, excetuados alguns casos, como, por exemplo, cirurgias de caráter experimental ou procedimentos solicitados para fins meramente estéticos. Tal obrigação, todavia, restringe-se à devida observação à segmentação de cobertura assistencial (ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia, odontológico e plano referência), ao tipo de acomodação (apartamento ou enfermaria) e à abrangência geográfica (nacional, estadual, grupo de estados ou municípios) do plano contratado.

A lei também determina (art. 10, § 4º) que cabe à ANS definir a amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade.

Nesse sentido, a ANS edita o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que consiste em uma lista de procedimentos (que inclui desde consultas e exames, até tratamentos e cirurgias), que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória a ser prestada pelas operadoras de planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e aqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é constantemente atualizado pela ANS e publicado, através de Resolução Normativa (RN). Atualmente, RN nº 338/2013.

A seguir serão apresentados os casos mais emblemáticos de exclusão de cobertura assistencial advindas das regras de cobertura presentes no rol da ANS. Se, no caso concreto, a cobertura preconizada no Rol de Procedimentos vigente, editado pela ANS, se mostrar insuficiente, o consumidor, de posse da prescrição médica com a devida fundamentação da necessidade do procedimento, pode judicialmente discutir as exclusões.

O mesmo raciocínio é válido para contratos antigos, que contém uma série de exclusões de coberturas de procedimentos e doenças, ou até mesmo limitações de valor do tratamento. O Poder Judiciário já considerou, de maneira exaustiva, que tais exclusões são ilegais, por ferirem o âmago do contrato de plano de saúde.

Legislação: *art. 10, Lei nº 9.656/98; art. 51, IV e §1º, I e II*

Jurisprudência

CIVIL E PROCESSUAL. RECURSO ESPECIAL. CONTRATO. PLANO DE SAÚDE. AIDS. EXCLUSÃO DE COBERTURA. CLÁUSULA POTESTATIVA. PRECEDENTES. PROVIMENTO.

I. É abusiva a cláusula contratual inserta em plano de assistência à saúde que afasta a cobertura de tratamento da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA).

II. As limitações às empresas de prestação de serviços de planos e seguros privados de saúde em benefício do consumidor advindas com a Lei 9.656/98 se aplicam, em princípio, aos fatos ocorridos a partir de sua vigência, embora o contrato tenha sido celebrado anteriormente, porquanto cuida-se de ajuste de trato sucessivo. Precedente.

III. Recurso especial provido.

(Resp 650.400/SP, relator Ministro Aldir Passarinho Junior, julgamento em 22/6/10)

CIVIL. CONSUMIDOR. SEGURO. APÓLICE DE PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULA ABUSIVA. LIMITAÇÃO DO VALOR DE COBERTURA DO TRATAMENTO. NULIDADE DECRETADA. DANOS MATERIAIS E MORAL CONFIGURADOS. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

1. É abusiva a cláusula contratual de seguro de saúde que estabelece limitação de valor para o custeio de despesas com tratamento clínico, cirúrgico e de internação hospitalar.

2. O sistema normativo vigente permite às seguradoras fazer constar da apólice de plano de saúde privado cláusulas limitativas de riscos adicionais relacionados com o objeto da contratação, de modo a responder pelos riscos somente na extensão contratada. Essas cláusulas meramente limitativas de riscos extensivos ou adicionais relacionados com o objeto do contrato não se confundem, porém, com cláusulas que visam afastar a responsabilidade da seguradora pelo próprio objeto nuclear da contratação, as quais são abusivas.

3. Na espécie, a seguradora assumiu o risco de cobrir o tratamento da moléstia que acometeu a segurada. Todavia, por meio de cláusula limitativa e abusiva, reduziu os efeitos jurídicos dessa cobertura, ao estabelecer um valor máximo para as despesas hospitalares, tornando, assim, inócuo o próprio objeto do contrato.

4. A cláusula em discussão não é meramente limitativa de extensão de risco, mas abusiva, porque excludente da própria essência do risco assumido, devendo ser decretada sua nulidade.

5. É de rigor o provimento do recurso especial, com a procedência da ação e a improcedência da reconvenção, o que implica a condenação da seguradora ao pagamento das mencionadas despesas médico-hospitalares, a título de danos materiais, e dos danos morais decorrentes da injusta e abusiva recusa de cobertura securitária, que causa aflição ao segurado.

6. Recurso especial provido.

(RESP 735.750, relator Ministro Raul Araújo, julgamento em 14/2/12)

3.6.2 Acidente de trabalho e doenças laborais

A exclusão de cobertura de acidentes de trabalho e doenças laborais é abusiva (art. 51, IV, XV, parágrafo 1º, incisos I a III, Código de Defesa do Consumidor). Até 2010 a ANS permitia, em sua regulamentação, a exclusão desses casos em contratos coletivos empresariais novos (Resolução CONSU nº 15). Mesmo com tal disposição regulamentar, os órgãos de defesa do consumidor já sustentavam ser a cláusula abusiva. A partir de 2011, a questão deixa de existir, pois a regulamentação expressamente vedou a exclusão de cobertura assistencial de procedimentos relacionados à saúde ocupacional e acidentes de trabalho (Resolução Normativa nº 262/11, alterada pela Resolução Normativa nº 338/2013, da ANS).

Legislação: art. 51, IV, XV, parágrafo 1º, incisos I a III do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90); Resolução Normativa nº 262/2011, alterada pela Resolução Normativa nº 338/2013, da ANS.

3.6.3 Doenças mentais

A ANS determina na Resolução Normativa nº 211/2010, alterada pela Resolução Normativa nº 262/2011 e 338/2013 (que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente) que a atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deva priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente. Todavia, caso a internação ou qualquer outro procedimento seja necessário, devem ser cobertos, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

É abusiva a cláusula contratual que preconize restrições ou limitações de tempo de internação que extrapolem aquelas referentes à segmentação do plano de saúde – a internação, por exemplo, somente é de cobertura obrigatória em contratos com cobertura hospitalar. Ainda que tais disposições possam constar em cláusulas de contratos antigos ou celebrados antes da inclusão dessa cobertura no Rol de procedimentos da ANS, eventual, cláusula que contenha limitação temporal para internação deve ser considerada abusiva.

Com relação ao atendimento no regime de hospital-dia, dispõe o anexo II da RN nº 338/2013 que a cobertura é obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- (1) paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10, F14);
- (2) paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- (3) paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30, F31);
- (4) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

Caso haja indicação de acompanhamento em regime de hospital-dia fora de tais hipóteses, e desde que haja prescrição médica devidamente justificada, é possível discutir judicialmente a limitação prevista na regulamentação.

Legislação: art. 51, IV, XV, parágrafo 1º, incisos I a III, CDC; arts. 10 e 12, Lei nº 9.656/98; anexo II da Resolução Normativa nº 338/2013, da ANS.

3.6.4 Transplantes

Segundo a Resolução Normativa nº 338/2013, os transplantes de rim, córnea e medula são de cobertura obrigatória. A cobertura inclui todas as despesas necessárias à realização do transplante, inclusive as despesas assistenciais com doadores vivos; os medicamentos utilizados durante a internação; o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

Os consumidores candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs – e devem se sujeitar ao critério de fila única de espera e de seleção.

Quanto aos demais transplantes, a resolução da ANS exclui a cobertura. Todavia, com base no Código de Defesa do Consumidor e na própria Lei nº 9.656/98, é possível discutir judicialmente a abusividade de tais exclusões. Existem decisões judiciais tanto favoráveis quanto desfavoráveis ao consumidor.

Legislação: art. 39, V e art. 51, IV, XV, parágrafo 1º, incisos I a III, CDC; art. 10, parágrafo 4º, Lei nº 9.656/98; anexo II da Resolução Normativa nº 338/2013, da ANS.

3.6.5 Miopia e hipermetropia

Dispõe a regulamentação que as cirurgias de correção de miopia e hipermetropia (cirurgias refrativas – PRK ou LASIK) devem ser cobertas dentro de determinados parâmetros estabelecidos no anexo II da Resolução Normativa nº 338/2013, da ANS, tendo como pressuposto obrigatório ter o paciente (I) mais de 18 anos; (II) grau estável há pelo menos um ano e (III) quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- (1) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;
- (2) hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau

até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

Havendo indicação e justificativa médica para a realização de cirurgia em graus diferentes dos indicados pela RN nº 338/2013, ou havendo negativa em razão de previsão no contrato de exclusão deste procedimento, é possível questionar judicialmente a limitação imposta pela resolução.

Legislação: arts. 39, V e 51, IV, parágrafo 1º, incisos I a III, CDC; Resolução Normativa nº 338/2013, da ANS.

3.6.6 Reconstrução de mama

A reconstrução de mama após mastectomia tem função reparadora e, por conta disso, não pode ser enquadrada entre as coberturas passíveis de exclusão elencadas no art. 10 da Lei nº 9.656/98. A Lei nº 10.223/01 textualmente a incluiu entre as coberturas obrigatórias pelos planos de saúde.

Exclusões de reconstrução de mama negadas em razão de previsão contratual, presente principalmente em contratos antigos, são abusivas, podendo ser questionadas judicialmente.

Legislação: arts. 39, V e 51, IV, parágrafo 1º, incisos I a III, CDC; art. 1º da Lei nº 10.223/01; e art. 11 da Lei nº 9.656/98.

3.6.7 Planejamento familiar (laqueadura, vasectomia e DIU)

Estão incluídas entre as coberturas obrigatórias em matéria de planejamento familiar: laqueadura; vasectomia; colocação de DIU (dispositivo intrauterino) hormonal e não hormonal; consulta de aconselhamento para planejamento familiar; atividade educacional para planejamento familiar; e Sulfato de Dehidroepiandrosterona (sdhea), que permite o diagnóstico de problemas de fertilidade, como a hiperplasia adrenal, que pode interferir na ovulação.

Havendo a decisão do casal de realizar a vasectomia ou a laqueadura como método contraceptivo, o plano de saúde está obrigado a realizar tal intervenção. Caso o plano negue a cobertura por não estar incluída contratualmente (contratos antigos), a exclusão pode ser questionada judicialmente. A esterilização, contudo, só pode ocorrer cumprindo os requisitos que seguem.

Laqueadura

A cobertura é obrigatória em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- (1) mulheres com capacidade civil plena;
- (2) maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- (3) seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- (4) seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
- (5) em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
- (6) toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

É vedada a realização de laqueadura tubária quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

- (1) durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;
- (2) através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;
- (3) quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;
- (4) em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Vasectomia

A esterilização masculina representada pelo método cirúrgico é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas.

A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da Vasectomia (Cirurgia para esterilização masculina) tem cobertura obrigatória quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- (1) homens com capacidade civil plena;
- (2) maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- (3) seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- (4) seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
- (5) em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
- (6) o procedimento cirúrgico deve ser devidamente registrado em prontuário e será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde, cabendo ao médico executor do procedimento fazê-la;
- (7) seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão;
- (8) avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do paciente.

É vedada a realização da cirurgia para esterilização masculina nos seguintes casos:

- (1) durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados, incapacidade mental temporária ou permanente e devidamente registradas no parecer psicológico e/ou psiquiátrico;
- (2) em pessoas incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

Legislação: Lei nº 11.935/09; Resolução Normativa nº 262/2011, alterada pela Resolução Normativa nº 338/2013, da ANS.

3.6.8 Obesidade mórbida

Havendo recomendação médica, cirurgias de colocação de banda gástrica ou de redução do estômago (cirurgia bariátrica) devem ser cobertas pelos planos de saúde, assim como as cirurgias para retirada do excesso de pele após o emagrecimento (dermolipectomia). É o que determina a Resolução Normativa nº 338/2013, da ANS. Caso o contrato do consumidor exclua os procedimentos – o que ocorre especialmente em contratos antigos – é possível o questionamento judicial desta prática ou cláusula abusiva.

Os requisitos para a realização dos procedimentos são:

a) Colocação de banda gástrica por videolaparoscopia ou por via laparotômica

A cobertura é obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I

- Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com co-morbidades (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras);
- IMC entre 40 Kg/m² e 50 Kg/m², com ou sem co-morbidade.

Grupo II

- pacientes com IMC superior a 50 kg/m²;
- pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);
- uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos;
- hábito excessivo de comer doces.

b) Dermolipectomia

A cobertura é obrigatória em casos de pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago), e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias, etc.

c) Gastroplastia (cirurgia bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica

A cobertura é obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I

- Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 e 39,9 Kg/ m², com co-morbidades (diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteo-artrites, entre outras);
- IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem co-morbidades.

Grupo II

- pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);
- uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos.

3.6.9 Próteses, Órteses e insumos para realização de cirurgia

Segundo a Resolução Normativa nº 262/2011, alterada pela Resolução Normativa nº 338/2013, da ANS, prótese é qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Já a órtese é qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

Próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico, como “stents” e próteses ortopédicas, devem

ser cobertas pelos planos de saúde. Havendo cobertura de procedimentos e eventos em saúde que demandem a utilização de próteses e órteses, devem ser cobertos tanto a sua colocação, inserção e/ou fixação quanto a sua remoção e/ou retirada. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses segue lista disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

As próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico não são de fornecimento obrigatório.

A exclusão de próteses e órteses é um problema recorrente em contratos antigos de planos de saúde, sendo extensa a jurisprudência que considera tal prática abusiva. Sustenta-se que, se o procedimento é coberto pelo plano de saúde, não cabe à operadora negar-se a fornecer os materiais necessários para a sua realização, sob pena de subtração da finalidade do negócio jurídico.

A Súmula 93 do Tribunal de Justiça de São Paulo dispõe especificamente sobre *stent*: “A implantação de *stent* é ato inerente à cirurgia cardíaca/vascular, sendo abusiva a negativa de sua cobertura, ainda que o contrato seja anterior à lei nº 9.656/98”.

Legislação: art. 10, II e VII, Lei 9656/98; Resolução Normativa nº 262/2011, alterada pela Resolução Normativa nº 338/2013, da ANS.

Jurisprudência

O direito subjetivo assegurado em contrato não pode ser exercido de forma a subtrair do negócio sua finalidade precípua. Assim, se determinado procedimento cirúrgico está incluído na cobertura securitária, não é legítimo exigir que o segurado se submeta a ele, mas não instale as próteses necessárias para a plena recuperação de sua saúde.

É abusiva a cláusula contratual que exclui de cobertura a colocação de “*stent*”, quando este é necessário ao bom êxito do procedimento cirúrgico coberto pelo plano de saúde.

(Recurso Especial 735.168/RJ, relatora Ministra Nancy Andrichi, julgado em 11/3/08)

Cobrando o plano de saúde o ato cirúrgico, isto é, cobrindo a prostatectomia radical, não é razoável que deixe de cobrir a correção das complicações dela oriundas. Seria, a meu sentir, um contra-senso, admitir que a cobertura do plano, que tem por finalidade a cura do segurado, fosse interrompida por cláusula limitativa, que, em patologia coberta pelo plano, impedisse o total restabelecimento do paciente. O mesmo se poderia dizer, por exemplo, da necessidade em uma cirurgia para corrigir aneurisma da aorta abdominal coberta pelo plano, vedar-se contratualmente a aposição de válvula artificial; ou, da mesma forma, em caso de aneurisma cerebral, já agora, em muitos casos, sem a necessidade de abertura da calota craniana. Assim, no caso, a incontinência [urinária] está vinculada ao ato cirúrgico de remoção total da próstata, e, portanto, sendo ela uma patologia de consequência, não há como se aplicar a limitação.

[...]

Tenho que a posição mais acertada não é a indiscriminada declaração de abusividade de cláusulas limitativas, mas sim o estudo do caso concreto, levando em conta suas nuances, as peculiaridades identificadas. Na minha compreensão, em casos como o presente o julgador deve observar sempre a

ligação do que pretende o segurado com a patologia coberta pelo Plano; se a cobertura desejada está vinculada a um ato ou procedimento coberto, sendo patologia de consequência, não se pode considerar como incidente a cláusula proibitiva, sob pena de seccionarmos o tratamento que está previsto no contrato.
(Recurso Especial 519.940/SP, relator Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, em 17/6/03)

3.6.10 Fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional e psicoterapia

Não há na regulamentação setorial vigente limitações com relação ao número de sessões de fisioterapia, mas existem limitações nos demais procedimentos – psicologia, fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional.

Caso as limitações da regulamentação ou de disposições contratuais impeçam o acesso a consultas necessárias para a manutenção ou o restabelecimento da saúde do paciente, é possível discuti-las judicialmente.

Sessão de Fonoaudiologia

1. Cobertura mínima obrigatória de 24 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
- pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);
- pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- pacientes com transtorno hipercinéticos - TDAH (CID F90);
- pacientes com apnéia de sono (G47.3);
- pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (T-20);
- pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (T-27);
- pacientes com queimadura de boca e da faringe (T-28.0);
- pacientes com disфонia não crônica (CID R49.0).

2. Cobertura mínima obrigatória de 48 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento - Autismo (CID F48.0; CID F84.1; CID F84.3; CID F84.5; CID F84.9);
- pacientes com transtorno expressivo e receptivo da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80.1; CID F80.2; CID F80.9);
- pacientes com disfagia nos casos onde haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);
- pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia e dislexia (CID R47.0; R47.1; R48.2 e R48.0);
- pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe, pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplastia benigna da laringe, carcinoma *in situ* da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal (CID J38.0; CID J38.1; CID J38.4; CID Z96.3; CID D14.1; CID D02.0; CID J3.8; CID J38.3);
- pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva como perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004;
- pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79).

3. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 12 consultas/sessões por ano de contrato.

Sessão com Nutricionista

1. Cobertura mínima obrigatória, de 12 consulta/sessões, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

- Crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura);
- Jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso / altura);

- Idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa Corpórea (IMC) <22 kg/m²);
- pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;
- pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC > 25kg/m²) com mais de 16 anos;
- pacientes ostomizados;
- após cirurgia gastrointestinal.

2. Cobertura mínima obrigatória, de 18 sessões por ano de contrato, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

3. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

Consulta/Sessão com Psicólogo

1. Cobertura mínima obrigatória de 12 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- pacientes candidatos a cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária/Laqueadura Tubária Laparoscópica);
- pacientes candidatos a cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia);
- pacientes candidatos a gastroplastia q que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica;
- pacientes candidatos a cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Implante Coclear;
- pacientes ostomizados e esomizados e que se enquadram nos critérios estabelecidos no Protocolo de Utilização do procedimento: Fornecimento de Equipamentos Coletores e Adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, Sonda Vesical de Demora e Coletor de Urina.

Consulta/Sessão com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional

1. Cobertura mínima obrigatória de 40 consultas/sessões por ano de contrato quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 à F29);
- pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
- pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da alimentação (CID F50);
- pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtorno de humor (CID F31, F33).

Consulta/Sessão com Terapeuta Ocupacional

1. Cobertura mínima obrigatória de 12 consultas/sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03);
- pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79);
- pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82, F83);
- pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 à G99);
- pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 à M99).

Sessão de Psicoterapia

1. Cobertura mínima obrigatória de 12 sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtorno relacionados com “stress” e transtornos somatoformes (CID F40 à F48);

- pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 à F59);
- pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 à F98);
- pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
- pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 à F39);
- pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 à F19);
- pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade (CID 60 à 69).

Legislação: arts. 39, V e 51, IV, parágrafo 1º, incisos I a III, CDC; art. 10, Lei nº 9.656/98; Resolução Normativa nº 262/2011, alterada pela Resolução Normativa nº 338/2013, da ANS.

3.6.11 Atendimento domiciliar (*home care*)

Na Resolução Normativa nº 338/2013, 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 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e cobrir todas as despesas que cobriria em uma internação em hospital (honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação; exames medicamentos, e outros materiais etc.). Nos demais casos, em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, a agência determina que esta deve obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

A jurisprudência tem fixado entendimento no sentido de que, se houver indicação médica, a internação domiciliar (*home care*) deve ser garantida. É o que dispõe a Súmula 90 do Tribunal de Justiça de São Paulo: “havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de *home care*, revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer”.

Além disso, o Estatuto do Idoso (art. 15, IV da Lei nº 10.741/03) garante atendimento domiciliar aos pacientes com 60 (sessenta) anos ou mais que necessitem de assistência à saúde, incluindo internação, e 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.

Legislação: art. 15, IV, Lei nº 10.741/03; arts. 6º, IV, 39, V e 51, IV, parágrafo 1º, incisos I a III, CDC; Resolução Normativa nº 338/2013, da ANS.

3.6.12 Medicamentos

A Lei nº 9.656/98 determina que é dever da operadora de plano de saúde fornecer todos os materiais e medicamentos necessários durante a internação hospitalar. Caso a empresa de assistência à saúde se negue a fornecer tais materiais e medicamentos, a prática é abusiva e pode ser questionada judicialmente; bem como, poderá ser apresentada denúncia à ANS para apuração de indícios de infração por negativa de cobertura assistencial.

O fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar ou importados não nacionalizados não é obrigatório salvo casos de medicamentos orais para tratamento domiciliar de câncer, os quais, por sua vez, são de cobertura assistencial obrigatória. Em caso de *home care*, todas as medicações que seriam fornecidas durante a internação devem ser igualmente fornecidas.

Recentemente, a ANS editou a Resolução Normativa (RN) nº 310/2012, que dispõe sobre os princípios para a oferta de contrato acessório de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde. Com a vigência, a partir de outubro/2012 preconiza a oferta de medicação de uso domiciliar para beneficiários portadores de patologias crônicas, a qual se dará através da assinatura de contrato acessório. A oferta do contrato é facultada à Operadora; bem como, a contratação é facultada ao beneficiário.

Legislação: arts. 39, V e 51, IV, parágrafo 1º, incisos I a III, CDC; art. 10, V, da Lei nº 9.656/98; art. 13, Resolução Normativa (RN) nº 211/2010, alterada pela RN nº 262/2011, da ANS; RN nº 310/2012.

3.6.12.1 Quimioterapia oral

A quimioterapia oral é realizada através da ingestão de medicamentos com propriedade quimioterápica.

A partir da vigência da Resolução Normativa nº 338/2013, em janeiro de 2014, 37 medicamentos orais para tratamento domiciliar de câncer passaram a ser de cobertura obrigatória. Assim, não podem mais serem negados medicamentos para o tratamento domiciliar de tumores de grande prevalência entre a população como estômago, fígado, intestino, rim, testículo, mama, útero e ovário. A terapia medicamentosa oral contra o câncer promove maior conforto ao paciente e

reduz os casos de internação para tratamento em clínicas ou hospitais.

Para consultar quais são os medicamentos antineoplásicos orais constantes no Rol de Procedimentos da ANS, consulte o Anexo II, da Resolução Normativa nº 338/2013 (www.ans.gov.br ou tel: 0800-701-9656).

Jurisprudência

Reconhecido que o contrato de plano de saúde entabulado entre as partes prevê a cobertura do tratamento de quimioterapia, tem-se revestir-se de manifesta abusividade, por frustrar inequivocamente o objeto do contrato, a cláusula contratual que exclui da cobertura os medicamentos a esse tratamento correlato, tão somente pelo fato destes serem ministrados em ambiente domiciliar. Isso porque, os medicamentos que, como visto, também se encontram inseridos na cobertura contratada, não podem ser, de forma alguma, dissociados de todo o procedimento clínico (tratamento quimioterápico, igualmente abrangido pela cobertura).

Nesse sentido, em caso similar a dos autos, o em. Min. Antônio Pádua Ribeiro consignou que: "[...] a agravada não nega o direito do agravante ao tratamento quimioterápico em ambiente hospitalar ou ambulatorial. Nega-lhe o pagamento do referido tratamento porque feito em ambiente domiciliar, o que entendo ser abusivo. Ora, se o tratamento quimioterápico está dentre os cobertos pelo plano de saúde, e o quimioterápico que pode ser ministrado ao paciente é apenas o por via oral, podendo o mesmo ser aplicado em ambiente doméstico, não há porquê excluí-lo da cobertura do plano de saúde, sob pena de negar ao beneficiário o tratamento adequado a sua doença." (Ag 671.753/SP, DJ. 14.6.2005).

Veja-se inexistir qualquer razão plausível para que a Seguradora, contratualmente responsável pelos medicamentos a serem ministrados no paciente internado, assim também não o seja, na hipótese desses medicamento serem ministrados no ambiente domiciliar, em que demanda gastos notadamente menores à Seguradora (conforme consignado pelas Instâncias ordinárias) e enseja, certamente, uma melhor recuperação do paciente. Argumento, aliás, sequer rechaçada pela empresa, ora recorrente. (AgRg no AI 1.137.474/SP, relator Ministro Massami Uyeda, julgamento em 18/2/10).

3.6.13 Demora na marcação de procedimentos (consultas, exames, cirurgias)

Em resposta às crescentes reclamações dos consumidores acerca das dificuldades em agendar consultas, exames e cirurgias, a ANS editou a Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento ao consumidor, com regras referentes ao atendimento fora do município do consumidor e a tempo de espera para atendimento (disponibilização de consultas, exames, cirurgias etc.).

Os tempos de espera delimitados foram:

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 terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta / sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório / clínica com cirurgião-dentista	7 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	3 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimento 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	imediatos
Consulta de retorno	a critério do profissional responsável pelo atendimento

Elaboração: ANS. Fonte: ANS.

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

Não é garantido ao consumidor o atendimento por prestador de serviço de sua preferência, sendo dever da operadora de plano de saúde garantir o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar.

Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto²⁰, a operadora deve garantir o atendimento em prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município ou em prestador integrante ou não da rede

²⁰ Área Geográfica de Abrangência é a área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios. Já a área de Atuação do Produto compreende Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora de acordo com a Área Geográfica de Abrangência.

assistencial nos municípios limítrofes a este. No primeiro caso, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.

Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deve garantir o transporte do consumidor até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, dentro dos prazos indicados anteriormente.

Caso a operadora não cumpra os prazos determinados pela ANS, o consumidor deve contatar a agência, que iniciará o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar (vide item 3.6.14). A reiteração da prática pode gerar a aplicação de multas e a suspensão da venda de novos planos de saúde enquanto o atendimento aos consumidores já contratantes não seja regularizado.

Já a Resolução Normativa nº 285, de 26 de dezembro de 2011, determinou às operadoras de planos de saúde que obrigatoriamente divulguem em seus portais corporativos na internet o mapa da rede credenciada.

Legislação: Resoluções Normativas nº 259/2011 e nº 285/2011, da ANS.

3.6.14 Notificação de Investigação Preliminar (NIP) e Suspensão da contratação com novos consumidores

A ANS editou em 6 de agosto de 2010 a Resolução Normativa nº 226, que institui o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar (NIP). Noventa dias depois a resolução entrou em vigor. A NIP, segundo o § 1º do art. 1º da Resolução, “consiste em um instrumento que visa a solução de conflitos entre consumidores e operadoras de planos privados de assistência à saúde, acerca das demandas de negativa de cobertura”.

Assim, aqueles conflitos referentes à negativa de cobertura assistencial, quando o procedimento ainda não foi realizado, ou quando o foi às expensas do consumidor, quando notificados à ANS serão objeto de Notificação de Investigação Preliminar (NIP). Também se enquadram em tal definição as demoras na disponibilização de procedimentos.

Segundo a Resolução nº 226/10, a NIP é conduzida pela Diretoria de Fiscalização, e seus atos são registrados em meio eletrônico. A adoção de sistema informatizado permite a agilidade que se espera de tal instrumento, posto estarem em discussão questões que exigem uma resposta rápida (negativas de cobertura).

O procedimento da NIP inicia-se com o recebimento da demanda de negativa de cobertura

através da internet (www.ans.gov.br) ou telefone (0800-701-9656). É feito contato, então, com o consumidor ou o seu interlocutor. Confirmada a negativa de cobertura, é expedida notificação eletrônica para a operadora. Recebida a demanda, a operadora tem 5 (cinco) dias para apresentar resposta à notificação.

A resposta da operadora pode conter informação de que o procedimento foi realizado ou encontra-se autorizado/disponibilizado ao consumidor. Nesse caso, havendo a comprovada autorização do procedimento, a demanda é arquivada, desde que o lapso temporal não tenha acarretado prejuízo à saúde do consumidor. O consumidor deve ser contatado para verificação da veracidade da informação prestada pela operadora e, em caso de inveracidade, é aberto processo administrativo para apuração de infração.

Caso não haja resposta da operadora ou esta mantenha a negativa, é realizada análise conclusiva e processamento da resposta da operadora. Se a ANS entender que a negativa de cobertura é indevida, é dado à operadora o prazo de 1 (um) dia para autorização do procedimento. Caso a questão ainda assim não se resolva, é aberto processo administrativo para apuração de infração.

A NIP é indiscutivelmente um excelente instrumento de resolução de conflitos, que pode ser adotado por outros entes reguladores. Contudo, considerando que existem demandas que necessitam de respostas imediatas, às quais não é possível aguardar o prazo da NIP para a resolução, por envolverem questões relacionadas à urgências e emergências, muitas vezes, a NIP, ainda não se configura como instrumento de diminuição de judicialização de situações de urgência e emergência, as quais envolvem concessão de medida liminar.

Em razão do reconhecimento pela ANS de que as multas não têm sido eficientes na coibição de condutas nocivas aos consumidores, a agência incorporou à sua legislação a possibilidade de suspensão da venda de planos de saúde.

O cenário para inclusão de tal previsão na legislação da ANS constitui-se a partir da fixação pela agência de tempos máximos de espera do consumidor para acesso a procedimentos (Resolução Normativa nº 259/2010). Em 2011, a resolução sobre o tema foi revisada através da Resolução Normativa nº 268, com a inclusão do art. 12-A, I:

Art. 12-A. Ao constatar o descumprimento reiterado das regras dispostas nesta Resolução Normativa, que possa constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, a ANS poderá adotar as seguintes medidas:

I- suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde.

A ANS acredita que o monitoramento da garantia de atendimento aos consumidores é essencial na regulação do mercado e na proteção ao consumidor. Através do mesmo, os planos de

saúde que descumprirem os prazos estipulados pela Agência para a realização de consultas, exames e cirurgias, ou negaram a prestação de cobertura assistencial indevidamente encontram-se sujeitos à terem a sua comercialização suspensa pela ANS. A partir de 2013, o monitoramento de planos de saúde realizado pela ANS passou a considerar, além do descumprimento dos prazos estipulados pela ANS para marcação de consultas, exames e cirurgias, também os demais itens relacionados à negativa de cobertura, como: o rol de procedimentos, o período de carência, a rede de atendimento, o reembolso e o mecanismo de autorização para os procedimentos.

À operadora é concedido prazo para apresentação de plano no qual demonstre como implantará mudanças que permitirão a melhora da assistência. Caso a suspensão da comercialização de produtos não surta efeito ou o plano não seja adequadamente implementado, outra possibilidade é a instauração de Regime Especial de Direção Técnica. Trata-se de medida drástica, já prevista em legislação anterior da agência, que consiste em intervenção do órgão regulador para saneamento das irregularidades. Pode levar, em último caso, à liquidação extrajudicial da operadora (vide item 3.14).

Legislação: Resoluções Normativas nº 226/2010, nº 259/2010 e nº 268/2011, da ANS.

3.6.15 Negativa de cobertura por escrito

A ANS regulamentou a aplicação do direito básico do consumidor à informação nos casos de negativa de cobertura. Segundo a Resolução Normativa nº 319/2013, “quando houver qualquer negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista, credenciado ou não, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, e no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contados da negativa, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique”. O consumidor deve solicitar, quando da negativa, que a mesma seja reduzida a termo e enviada, a sua escolha, por correio ou e-mail. A mesma resolução veda a negativa de cobertura em casos de urgência e emergência.

A multa por descumprimento da resolução é de R\$30.000,00.

Legislação: Resolução Normativa nº 319/2013, da ANS.

3.7 Internação

O Poder Judiciário já decidiu reiteradamente que é abusiva e, portanto, nula, a cláusula contratual que limita o tempo de internação. Nesse sentido, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) editou a Súmula 302: “É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”.

O problema é mais recorrente em planos de saúde antigos. Com relação aos planos novos, a Lei 9.656/98 veda expressamente a limitação de número de dias em internações, mesmo em leitos de alta tecnologia (UTI/CTI).

Para que as coberturas de internação sejam garantidas, é necessário que o consumidor tenha um plano de saúde com cobertura hospitalar. A garantia de atendimento obstétrico somente se dá em planos hospitalares com cobertura obstétrica.

Legislação: art. 51, IV, XV, parágrafo 1º, incisos I a III, CDC; e art. 12, II, alínea a, Lei nº 9.656/98.

3.7.1 Acompanhante

É garantida a presença e cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos: internação de crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos de idade, idosos a partir do 60 anos de idade e pessoas portadoras de deficiências.

Nos demais casos, a garantia de acompanhante depende de previsão contratual.

Legislação: art. 12, II, alínea f, Lei nº 9.656/98; art. 12, Lei nº 8.069/90; art. 16, Lei nº 10.741/03; Resolução Normativa nº 338/2013.

3.7.2 Padrão de conforto na internação hospitalar

O padrão de conforto na internação hospitalar depende da previsão contratual. Para ter direito a quarto privativo o consumidor precisa necessariamente contratar tal cobertura. Caso contrário, terá direito a internação no padrão enfermagem.

Legislação: arts. 6º, III e 54, § 3º, CDC.

3.7.3 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.

Caso o cheque caução ou qualquer outra forma de garantia sejam exigidos em momento de atendimento médico-hospitalar emergencial, a prática é considerada crime, conforme Lei nº 12.653/12.

Legislação: art. 39, V, CDC; art. 156, Código Civil; Lei nº 12.653/12; Resolução Normativa nº 44/2003.

3.8 Exames e consultas

3.8.1 Solicitação por médico não credenciado

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 nº 8 da ANS.

Legislação: arts. 39, V e 51, IV, parágrafo 1º, incisos I a III, CDC; art. 12, Lei nº 9.656/98; art. 2º, VI, Resolução CONSU nº 8.

3.8.2 Negativa ou demora na marcação de exames e consultas

Sobre o tema, veja as orientações do item 3.6.13.

3.9 Descredenciamento de prestadores de serviço

A Lei nº 9.656/98 tem disposições apenas com relação ao descredenciamento de hospitais. Determina que pode ocorrer o descredenciamento de um hospital, desde que o plano de saúde o substitua por outro equivalente.

A mudança deve ser comunicada aos consumidores e à ANS com pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência. Se o consumidor estiver internado e o descredenciamento ocorrer por vontade do plano de saúde, o hospital deverá manter a internação e a operadora deverá arcar com

as despesas até a alta hospitalar.

A comunicação prévia só é dispensada nos casos de descredenciamentos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

Nos demais casos de descredenciamento, assim como no descredenciamento de hospitais em contratos antigos, deve-se recorrer ao disposto no Código de Defesa do Consumidor. A rede credenciada é parte integrante do contrato, e obriga o fornecedor, sendo admitido o descredenciamento apenas em situações excepcionais. Permanece o dever de informar o consumidor previamente sobre o descredenciamento e o dever de substituir o prestador de serviço por outro equivalente.

Os prestadores de serviço estão em processo de acreditação, conforme dispõem as Resoluções Normativas nº 267/11 e nº 275/11. Tais critérios permitirão verificar a equivalência entre os prestadores.

Legislação: art. 17, §§ 1º e 2º, Lei nº 9.656/98; arts. 39, II e 51, XIII, CDC; Resoluções Normativas nº 267/2011 e nº 275/2011, da ANS.

3.10 Contratos coletivos

Os contratos coletivos representam a grande maioria dos planos de saúde, uma vez que o mercado passou a atuar prestigiando a contratação coletiva. Um dos fatores de interesse das operadoras na oferta de planos de saúde coletivos refere-se à menor rigidez da regulamentação da ANS em relação aos mesmos, posto que, ao contrário do que ocorre nos planos individuais/familiares, o índice de reajuste por variação de custos anual prescinde da autorização da ANS. Também, nesses contratos não existem regras estabelecidas na legislação setorial relativas às condições de suspensão/interrupção contratual, existindo a permissão de rescisão unilateral dos contratos. Como consequência, algumas operadoras de planos de saúde passaram a oferecer/comercializar apenas contratos coletivos. Cite-se, como exemplo, que nenhuma das grandes seguradoras de planos de saúde oferta planos individuais ou familiares.

Como estratégia de captação de consumidores, as operadoras ofertam planos coletivos alardeando as mensalidades iniciais com valores mais baixos do que os planos individuais. Mas o consumidor fica sujeito a reajustes não regulados pela ANS, que tendem a tornar as mensalidades proibitivas, o que demonstra estarem sujeitos a estratégias de marketing em detrimento de maior controle e planejamento por parte das operadoras. Os consumidores são atraídos por menores preços num primeiro momento, mas não têm previsibilidade do preço futuro, podendo ser surpreendidos com aumentos bem maiores do que os dos planos individuais com o passar dos anos.

Além disso, a contratação coletiva é incentivada pela política das operadoras de pagamento de comissões a corretores de planos de saúde. São diversas as operadoras que não remuneram corretores pela venda de planos individuais/familiares, ou que o fazem em valores menores em relação à venda de contratos coletivos²¹.

Dentro dessa lógica mercadológica de ênfase na contratação coletiva há, por fim, o fenômeno da chamada “falsa coletivização”. Nesses casos, estimulados por preços iniciais mais vantajosos, consumidores contratam para si e suas famílias planos de saúde coletivos empresariais. Tal fenômeno é estimulado por uma realidade que é própria da sociedade pós-moderna, fragmentada em suas relações trabalhistas. Muitos trabalhadores registram-se como autônomos e assim são contratados – mesmo em situações que caracterizariam evidente relação de emprego. De posse do seu registro de pessoa jurídica, tais trabalhadores são estimulados a contratar planos coletivos empresariais. A figura do intermediário, na realidade dos fatos, sequer existe.

3.10.1 Carências

As carências em planos de saúde coletivos têm regras diferenciadas. Veja 3.4.

3.10.2 Manutenção do plano em caso de demissão sem justa causa e aposentadoria

A Lei de Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98) prevê, para contratos novos, a possibilidade de manutenção do contrato de plano de saúde em caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. Veja mais sobre o tema no item 3.5.1, no tópico “Portabilidade especial para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98”.

Sobre o tema, a Resolução Normativa (RN) nº 279/2011, da ANS, com vigência a partir de junho/2012, regulamenta os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, e dispõe sobre o direito de manutenção do plano de saúde empresarial para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados. Institui, também, a possibilidade da aplicação do benefício da portabilidade especial de carências aos beneficiários que estiverem no período de manutenção do plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98.

²¹ Conforme noticiado pela Revista Cobertura (abr/2008), específica do mercado de seguros (http://www.revistacobertura.com.br/lermais_materias.php?cd_materias=63371&friurl=-:Voz-do-corretor-:).

Legislação: arts. 30 e 31, Lei nº 9.656/98 e Resolução Normativa nº 279/2011, da ANS.

3.11 Urgências e emergências

As urgências e emergências devem ser cobertas após 24 (vinte e quatro) horas da contratação. Existem, todavia, regras específicas com relação a carências (vide item 3.4.3).

3.11.1 Atendimento de urgência ou emergência fora da rede credenciada/referenciada

Para os contratos novos, a Lei 9.656/98 determina que se o consumidor tiver sido atendido em uma situação de urgência ou emergência por um prestador de serviço que não pertence à rede da empresa de assistência médica, terá direito ao reembolso, nos limites das obrigações contratuais.

O reembolso deverá ser feito no prazo de 30 (trinta) dias, conforme os preços praticados pela empresa de plano de saúde para o tipo de plano contratado.

As limitações contratuais referentes a abrangência do contrato (municipal, regional, estadual ou nacional) permanecem sendo aplicadas.

Para os planos antigos não existe uma regra específica.

Legislação: art. 12, VI, Lei nº 9.656/98; arts. 6º, IV, 39, V e 51, IV, parágrafo 1º, incisos I a III, CDC.

3.12 Adaptação ou migração de contratos antigos

A adaptação e a migração são regras modificativas da relação contratual aplicáveis aos contratos antigos. A estes contratos se aplica o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90) e, com a adaptação ou a migração, também se passa a aplicar a Lei de Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98).

Na adaptação ocorre o 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 9.656/98 (art. 2º, I, RN nº 254/11). Assim, as cláusulas do contrato antigo que não contrariam a Lei de Planos de Saúde são mantidas, as que a contrariam são modificadas e inclusões necessárias são realizadas. A migração é diferente.

Neste caso, o consumidor celebra novo contrato de plano privado de assistência à saúde

concomitantemente com a extinção do vínculo ou do contrato antigo (art. 2º, II, RN nº 254/11).

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

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 ss., Código Civil).

A adaptação e a migração de contrato ocorrem dentro da mesma operadora de plano de saúde, com a qual o consumidor mantém relação perene e duradoura. Por esse motivo, não há que se falar em doenças e lesões preexistentes omitidas pelo consumidor e na imposição de novas carências ou coberturas parciais temporárias. Também por esse motivo, 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 doença ou lesão preexistente. Nesse aspecto, a ANS reforça que a recontagem de carência é prática vedada pelo inciso I, do parágrafo único, do art. 13 da Lei nº 9.656/98. Contudo, entende que será cabível a imposição de novos períodos de carência, somente quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, mas apenas em relação a esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, desde que comprovada a plena ciência do beneficiário.

Se o usuário estiver cumprindo cobertura parcial temporária²², 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 lesão preexistente que motivou a cobertura parcial temporária.

²² A Lei nº 9.656/98 proibiu a venda de contratos antigos a partir de 2 de janeiro de 1999. Mas permanece a possibilidade de inclusão de novos dependentes – como cônjuges ou filhos – e de adesão de novos usuários em contratos coletivos. São estes os casos nos quais pode haver, ainda, cumprimento de cobertura parcial temporária.

3.12.1 Regras para adaptação

A adaptação segue as seguintes regras:

(1) Na adaptação de contrato não há contagem de novas carências para o consumidor.

(2) Deve ser solicitada pelo titular do contrato. Quando tal solicitação ocorre, é obrigatório o oferecimento da proposta de adaptação pela operadora em até 5 (cinco) dias úteis. Todo o grupo familiar adapta conjuntamente o contrato.

(3) O aditivo contratual entra em vigor no momento da sua assinatura.

(4) Além da proposta de adaptação, é obrigatório que a operadora que tem contratos ativos – ou seja, que comercialize planos de saúde regulamentados – também ofereça uma proposta de migração para o consumidor.

(5) Devem ser oferecidas as mesmas opções e as mesmas cláusulas contratuais a todo o grupo vinculado a um mesmo plano. Nos contratos familiares, a proposta de adaptação deve incluir todos os beneficiários do contrato.

(6) As regras de reajuste e revisão contratual previstas na Lei nº 9.656/98 passam a ser aplicadas aos contratos. Um exemplo é a cláusula referente a reajuste por mudança de faixa etária, que deve necessariamente mudar para atender ao disposto no Estatuto do Idoso – que veda aumentos desse tipo a partir dos 60 anos. Todavia, se o contrato original não tiver previsão de aumento por mudança de faixa etária, é vedada a qualquer tempo a inclusão de cláusula de reajuste desta natureza.

(7) As cláusulas contratuais compatíveis com a legislação em vigor são mantidas, e as dissonantes são modificadas. A cobertura assistencial passa a respeitar as exigências mínimas da Lei 9.656/98 e a observar o rol de procedimentos da ANS, consideradas as segmentações de cada plano (ambulatorial e/ou hospitalar com ou sem obstetrícia). A ampliação de cobertura decorrente da adaptação não pode alterar as cláusulas do contrato de origem em relação aos procedimentos já cobertos e às demais cláusulas que sejam compatíveis com a legislação em vigor, que devem ser mantidas.

(8) Se a adaptação do contrato incluir aumento de mensalidade, a composição da base de cálculo do ajuste da adaptação deve ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura.

(9) O limite do aumento de mensalidade em razão da adaptação é de 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento).

(10) Mantém-se a data de aniversário do contrato individual ou familiar, e no contrato coletivo é livre a sua negociação, desde que respeitada a periodicidade mínima de 12 (doze)

meses a cada reajuste.

(11) Com a adaptação, os reajustes anuais passam a ser aplicados nos termos definidos na regulamentação da ANS, sobre o valor da contraprestação pecuniária então em vigor.

Também há regras específicas com relação à proposta de adaptação de contrato, que 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, devendo conter as seguintes informações:

(1) o valor do ajuste da adaptação e o novo valor da contraprestação pecuniária do plano em moeda corrente;

(2) o mês de aniversário do contrato, ou, no caso das autogestões, a data da aprovação do regulamento ou da assinatura do convênio de adesão, para o reajuste anual;

(3) a indicação de que a cobertura assistencial e as condições de acesso serão ampliadas para respeitarem as garantias mínimas definidas na Lei nº 9.656/98, e para garantir a cobertura de todo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, de acordo com a segmentação contratada, sem prejuízo das coberturas previstas no contrato de origem;

(4) a indicação da rede prestadora de serviços, no caso de alteração em relação à do contrato de origem ou sempre que dele não constar;

(5) as informações acerca do prazo restante para o cumprimento da cobertura parcial temporária ou carência para os beneficiários que ainda tenham que cumpri-las;

(6) as novas faixas etárias e os seus respectivos percentuais de variação;

(7) a indicação de submissão do contrato a todas as disposições da Lei nº 9656/98, a partir da vigência do aditivo contratual, inclusive quanto a reajustes e revisões;

(8) a indicação de que está garantida a manutenção das coberturas previstas no contrato de origem;

(9) indicação de manutenção das cláusulas contratuais que sejam compatíveis com a legislação em vigor;

(10) a indicação das mudanças feitas nas cláusulas contratuais a partir da adaptação contratual;

(11) nome e código do plano cadastrado no SCPA (sistema da ANS de cadastro dos planos de saúde);

(12) a indicação da data do início de vigência do aditivo;

(13) a indicação de outras adequações necessárias à conformidade do contrato de origem

à Lei nº 9656/98;

(14) a ressalva de que uma vez efetivada a adaptação contratual, não é possível o retorno ao contrato de origem.

Se o consumidor tiver dúvidas, tem o direito de solicitar esclarecimentos, que devem ser prestados no prazo de 3 (três) dias úteis, em linguagem de fácil compreensão.

3.12.2 Regras para migração

As regras para a migração de contratos são:

(1) Na migração não há nova contagem de carências.

(2) Quando solicitado pelo beneficiário, é obrigatório o oferecimento imediato pela operadora da proposta de migração. A dispensa somente ocorre se a operadora não mais comercializar novos planos de saúde, devendo a operadora então ofertar uma proposta de adaptação.

(3) A migração pode ser exercida individualmente ou por todo o grupo familiar vinculado ao contrato. A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas cláusulas contratuais, com a assunção das obrigações dele decorrentes.

(4) Nos planos coletivos por adesão, a manutenção do vínculo do grupo familiar com o contrato coletivo depende da participação do beneficiário titular no contrato, ressalvada disposição em contrário.

(5) O plano de destino para o exercício da migração deve ser individual ou familiar ou coletivo por adesão, compatível com o plano de origem, com faixa de preço igual ou inferior à faixa de preço em que se enquadra o valor do plano de origem. As faixas de preço são indicadas pela ANS e podem ser consultadas em seu site.

(6) Caso a operadora não comercialize plano compatível, a operadora pode oferecer condições especiais em relação ao preço e às carências para aquisição de produtos não enquadrados em tipo compatível, sendo vedada a cobrança de valores superiores aos praticados em condições normais de comercialização do mesmo produto.

A proposta de migração deve ser redigida de forma clara e precisa, em linguagem de fácil compreensão, sendo obrigatório dar destaque às cláusulas restritivas dos 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, devendo conter as seguintes informações:

(1) o preço do plano apresentado para a migração, com a informação de que o primeiro reajuste dar-se-á após 12 (doze) meses de vigência do novo contrato;

(2) a indicação da data do início de vigência do novo contrato;

(3) o mês de aniversário do contrato ou, no caso das autogestões, a data da aprovação do regulamento ou da assinatura do convênio de adesão, para o reajuste anual;

(4) o demonstrativo das condições especiais de preço e de carência para as novas coberturas, na hipótese de oferecimento de contrato de tipo superior para as situações nas quais não há contrato de tipo equivalente, e a comparação destas com as condições normais de venda, se for o caso;

(5) as informações acerca do prazo restante para o cumprimento da cobertura parcial temporária e carências;

(6) a indicação de que a cobertura assistencial e as condições de acesso serão aquelas definidas na Lei nº 9656/98, garantindo-se as coberturas do rol de procedimentos, de acordo com a segmentação contratada;

(7) a indicação detalhada da lista das coberturas e/ou procedimentos eventualmente previstos no contrato de origem e não contemplados no rol de procedimentos à época da migração;

(8) a informação de que coberturas e/ou procedimentos eventualmente previstos no contrato de origem e não previstos no rol de procedimentos à época da migração não serão cobertos no novo plano, salvo previsão no novo contrato; bem como, nas futuras atualizações do rol de procedimentos;

(9) as faixas etárias e os seus respectivos percentuais de variação;

(10) o nome e o código, do plano antigo, cadastrado no SCPA (sistema de registro de planos de saúde da ANS);

(11) o nome comercial e o número de registro na ANS dos planos que estão sendo oferecidos na proposta;

(12) nos casos em que a adaptação deva ser ofertada, a informação de que na opção pelo exercício da adaptação, o aumento de sua contraprestação fica limitado a 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento);

(13) a ressalva de que uma vez efetivada a migração, não é possível o retorno ao contrato de origem.

A proposta de migração deve ser acompanhada de um catálogo listando toda a rede prestadora de serviços do novo plano. E, sempre que o responsável pelo contrato formalizar dúvidas em relação à proposta, a operadora deve prestar, no prazo de 3 (três) dias úteis, em linguagem de fácil compreensão, os esclarecimentos por meios hábeis à comprovação de seu recebimento.

Legislação: *Resolução Normativa nº 254/2011, da ANS.*

3.13 Venda de planos de saúde para outras operadoras (alienação de carteira)

O grupo de consumidores beneficiários dos planos de saúde de determinada operadora forma o que se chama de “carteira” da operadora. É comum haver uma subdivisão dos consumidores vinculados à operadora em diversas carteiras, dependendo do tipo de contratação ou da data, por exemplo. Essa subdivisão em carteiras tem impacto para o bolso do consumidor, posto que a sinistralidade é calculada dentro da carteira. Além disso, há casos de alienação voluntária da carteira para outras operadoras nos quais apenas determinada carteira é vendida²³.

A alienação de carteira é a venda da carteira – ou das carteiras – de uma operadora para outra, ou seja, vende-se o direito de prestar serviços a esse grupo de consumidores. A ANS classifica as alienações de carteira em:

- (1) alienação ou transferência voluntária de carteira ou
- (2) alienação ou transferência compulsória (obrigatória) de carteira.

A alienação de carteira depende de aprovação (alienação voluntária) ou da determinação (alienação compulsória) da ANS. No primeiro caso, o consumidor deve ser comunicado pela operadora com, no mínimo, 48 horas de antecedência.

²³ A Porto Seguro, por exemplo, alienou todas as suas carteiras de planos individuais ou familiares, e manteve apenas os seus contratos coletivos.

3.13.1 Direitos do consumidor na alienação de carteira

Nas alienações de carteira, sejam elas voluntárias ou compulsórias, os contratos permanecem os mesmos.

As regras são:

- (1) manter todas as condições contratuais vigentes;
- (2) não alterar as cláusulas de reajuste ou data de aniversário do contrato;
- (3) não impor novas carências ou cobertura parcial temporária;
- (4) manter a rede credenciada e, se houver modificações, respeitar as disposições da Lei 9.656/98;
- (5) durante a transferência de carteira, manter a prestação do serviço, em especial nos casos de internação;
- (6) enviar correspondência aos consumidores comunicando a transferência da carteira.

Legislação: Resolução nº 112/2005, da ANS, alterada pela Resolução Normativa nº 145/2007, da ANS.

3.14 Operadoras sob intervenção e liquidações (quebras de operadoras)

Detectadas anomalias nas operadoras de planos de saúde, as medidas possíveis de serem tomadas pela ANS são:

3.14.1 Regime de Recuperação Assistencial

Detectadas anormalidades administrativas graves que possam constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos consumidores de determinado plano de saúde, a ANS informará a operadora e lhe concederá prazo de até 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento do ofício de notificação de anormalidade administrativa grave, para apresentar e documentar as medidas implementadas para solucionar as anormalidades apontadas.

Alternativamente, e no mesmo prazo, a seu exclusivo critério, a operadora poderá apresentar um Plano de Recuperação Assistencial como forma de solucionar as anormalidades apontadas pela ANS. A pedido justificado da operadora, o prazo para apresentação do Plano de Recuperação Assistencial poderá ser prorrogado, uma única vez e por igual período, por decisão

motivada da ANS.

O Plano de Recuperação Assistencial deverá especificar as medidas, projeções, metas e prazos, cujos meios para serem alcançados deverão ser demonstrados com dados factíveis, para o equacionamento das anormalidades administrativas graves detectadas. O prazo de vigência do Plano de Recuperação Assistencial será de até 180 (cento e oitenta) dias, contado da data da postagem no correio ou do protocolo na ANS, o que ocorrer primeiro, podendo ser prorrogado por igual período a pedido justificado da operadora.

Legislação: Resolução Normativa nº 256/2011, da ANS.

3.14.2 Procedimentos de Adequação Econômico - Financeira (PAEF)

Detectadas anormalidades econômico-financeiras pela ANS, a operadora será intimada para, no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da respectiva intimação, corrigir as anormalidades e apresentar a documentação pertinente aos Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira (PAEF).

Entende-se por PAEF o conjunto de medidas e ações que visam, em espaço de tempo determinado, corrigir, de forma gradual, anormalidades econômico-financeiras detectadas no funcionamento de operadora de planos privados de assistência à saúde.

Os Procedimentos de Adequação Econômico Financeira subdividem-se em:

I - o Plano de Adequação Econômico-Financeira (PLAEF), aplicado para as operadoras de grande porte; e

II - o Termo de Assunção de Obrigações Econômico-Financeiras (TAOEF), aplicado para as operadoras de médio e pequeno porte.

São consideradas operadoras de grande porte, as que contarem com 100 (cem) mil beneficiários ou mais, na data de 31 de dezembro do exercício anterior à data da apresentação do PLAEF. São consideradas operadoras de médio porte, as que contarem com 20 (vinte) mil ou mais até o limite de menos de 100 (cem) mil beneficiários, do exercício anterior à data da apresentação do TAOEF. São consideradas operadoras de pequeno porte, as que contarem com menos de 20 (vinte) mil beneficiários, na data de 31 de dezembro do exercício anterior à data da apresentação do TAOEF.

O prazo de vigência do PLAEF será de até 18 (dezoito) meses, e o TAOEF terá seu prazo de vigência de no máximo 24 (vinte e quatro) meses.

Legislação: Resolução Normativa nº 307/2012, da ANS.

3.14.3 Direção Técnica

O regime especial de Direção Técnica poderá ser instaurado em uma operadora quando for detectada a ocorrência de uma ou mais das seguintes anormalidades administrativas graves que possam constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos consumidores, sem prejuízo de outras que venham a ser identificadas pela ANS:

- I - não apresentação de resposta ao ofício de notificação sobre anormalidades administrativas graves, impertinência das medidas que a operadora afirmou terem sido implementadas para solucionar as anormalidades, ou falta de comprovação dessas medidas;
- II - não apresentação, não aprovação ou não cumprimento de Plano de Recuperação Assistencial;
- III - falhas de natureza atuarial, assistencial, estrutural ou operacional que coloquem em risco a qualidade e a continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários;
- IV - irregularidades ou incompatibilidades detectadas nas informações prestadas a ANS relativas aos custos assistenciais ou aos valores das contraprestações pecuniárias praticados;
- V - não cumprimento do Planejamento Assistencial do Produto;
- VI - não cumprimento dos tempos máximos de atendimento, conforme definido em ato normativo específico;
- VII - uso inadequado da Notificação de Investigação Preliminar - NIP; ou
- VIII - significativa e imotivada evasão de beneficiários.

É nomeado um Diretor-Técnico, com amplos poderes (inclusive de propor à ANS o afastamento dos administradores, conselheiros ou empregados da Operadora que descumprirem quaisquer de suas instruções diretivas). A Diretoria Colegiada (DICOL) da ANS pode determinar, a qualquer tempo, a suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos, da operadora.

O regime de Direção Técnica tem duração máxima de 365 dias e encerra-se quando:

- I - reconhecida pela ANS o afastamento da gravidade das anormalidades administrativas que motivaram a sua instauração;

- II - for cancelado pela ANS o registro provisório ou a autorização de funcionamento da operadora, mediante o atendimento dos requisitos legais e regulamentares;
- III - for decretada a liquidação extrajudicial da operadora;
- IV - for transformada em Direção Fiscal; ou
- V - for encerrado o seu prazo.

Uma vez encerrado o regime especial de Direção Técnica, com o afastamento das anormalidades administrativas graves que motivaram sua instauração, a operadora terá um acompanhamento assistencial pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) da ANS de até 6 (seis) meses, a fim de aferir a regularidade da operadora após a direção técnica.

Legislação: Resolução Normativa nº 256/2011, da ANS.

3.14.4 Direção Fiscal

A Direção Fiscal é instaurada em uma operadora de plano de saúde quando constatado uma ou mais anormalidades administrativas e/ou econômico-financeiras, de natureza grave: que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, conforme abaixo especificadas, sem prejuízo de outras hipóteses que venham a ser identificadas pela ANS:

- I - totalidade do ativo em valor inferior ao passivo exigível;
- II - desequilíbrios estruturais na relação entre ativos e passivos de curto prazo que comprometam a liquidez;
- III - inadequação às regras de garantias financeiras e ativos garantidores;
- IV - inadimplência contumaz com o pagamento aos prestadores;
- V - não apresentação, rejeição, cancelamento ou descumprimento do Plano de Adequação Econômico-Financeira (PLAEF) ou do Termo de Assunção de Obrigações Econômico-Financeiras (TAOEF);
- VI - obstrução ao acompanhamento da situação econômico-financeira;
- VII - não adoção ou inobservância das regras do Plano de Contas Padrão da ANS;
- VIII - deficiência de controles internos, inconsistências, erros ou omissões nas informações contábeis que prejudiquem a avaliação da situação econômico-financeira;
- IX - inobservância das normas referentes à autorização de funcionamento; ou
- X - alteração ou transferência do controle societário, incorporação, fusão, cisão ou

desmembramento em descumprimento às normas da ANS, se não promovida a regularização do ato.

Considera-se obstrução ao acompanhamento da situação econômico-financeira qualquer conduta ou omissão da operadora que venha a impor injustificadas dificuldades ao exercício das atividades de acompanhamento ou monitoramento econômico-financeiro da ANS.

Na ANS é nomeado Diretor-Fiscal com amplos poderes. O regime de direção fiscal se encerrará quando:

- I - afastada a gravidade das anormalidades que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde;
- II - convolado o Programa de Saneamento em PLAEF;
- III - decretado o regime de liquidação extrajudicial;
- IV - cancelada a autorização de funcionamento ou o registro provisório da operadora;
- V - transformado em direção técnica; ou
- VI - cessada a prática infrativa do exercício da atividade de operação de plano privado de assistência à saúde sem autorização da ANS, quando este for o motivo do regime especial e se não houver motivo para a decretação da liquidação extrajudicial.

Legislação: *Resolução Normativa nº 316/2012, da ANS.*

3.14.5 Liquidação extrajudicial

A liquidação extrajudicial é decretada quando a operadora:

- I - apresentar insolvência econômico-financeira;
- II - não alcançar o objetivo de saneamento da insuficiência nas garantias do equilíbrio financeiro ou das anormalidades econômico-financeiras graves proposto pelo regime de direção fiscal; ou
- III - não alcançar o objetivo de saneamento das anormalidades administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, proposto pelo regime de direção técnica.

Nomeia-se um liquidante, havendo até mesmo a previsão de desconsideração da personalidade jurídica. Os efeitos imediatos são:

- I - cassação da autorização para funcionamento da operadora;
- II - cancelamento dos poderes de todos os órgãos de administração da operadora liquidanda;
- III - suspensão das ações e execuções judiciais, excetuadas as que tiveram início anteriormente, quando intentadas por credores com privilégio sobre determinados bens da operadora;
- IV - vencimento de todas as obrigações civis ou comerciais da operadora liquidanda; e
- V - não fluência de juros, ainda que estipulados, se a massa liquidanda não bastar para o pagamento do principal.

Legislação: *Resolução Normativa nº 47/2001, da ANS.*

3.14.6 Alienação compulsória de carteira

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; ou
- IV – em decorrência de decisão administrativa não sujeita a recurso de aplicação da penalidade prevista no inciso VI do art. 25 da Lei nº 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.

A ANS deve analisar a situação econômico-financeira da adquirente e a adquirente deve

manter as condições contratuais dos consumidores. Não cumprido o prazo, é realizada oferta pública.

Legislação: *Resolução Normativa nº 112/2005, da ANS.*

3.14.7 Oferta pública

Após o prazo para concretização da alienação da carteira da operadora, 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.

A oferta pública será realizada pela indicação da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), que encaminhará a minuta do edital de convocação elaborada pela Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO) à deliberação pela Diretoria Colegiada da ANS que aprovará a medida e os termos finais do edital de convocação a ser publicado no Diário Oficial da União (DOU).

Importante mencionar que perante o que dispõe o Código de Defesa do Consumidor qualquer alteração unilateral dos termos do contrato é considerada prática ilegal.

Segundo a ANS, a oferta pública deve conter, no mínimo, os seguintes elementos:

- I – prazo a ser oferecido aos beneficiários para adesão aos contratos da operadora que tiver a proposta autorizada;
- II – prazo mínimo de vigência para condição especial do preço de transição;
- III – exigência de oferta de planos com a mesma segmentação assistencial;
- IV - limite de carência e de cobertura parcial temporária – cobertura parcial temporária, nos prazos e termos previstos na legislação, para as coberturas não contempladas anteriormente nos contratos firmados pela operadora em fase de liquidação ou pré-liquidação, respeitando, no mais, as carências já integralmente cumpridas pelos beneficiários e os prazos remanescentes para as carências e cobertura parcial temporária em fase de cumprimento;
- V – vedação à participação nessa convocação de operadoras que não estejam regulares com o processo de concessão de autorização de funcionamento, que se encontrem em regime especial, plano de recuperação assistencial, em procedimentos de adequação econômico-financeira ou que não possuam índices de liquidez e solvência capazes de suportar a adesão dos possíveis beneficiários aos novos contratos ofertados, de acordo com parecer da DIOPE; e

VI - vedação de cobrança de taxas de adesão ao novo contrato pela operadora que tiver a proposta autorizada, cobrança de pré-mensalidade ou de taxa de administração.

Legislação: *Resolução Normativa nº 112/2005, da ANS, alterada pela Resolução Normativa nº 307/2012, da ANS.*

3.14.8 Portabilidade Especial

Sobre o tema, vide o item 3.5.

3.15 Outros temas

3.15.1 Falecimento do titular do plano de saúde

É direito do consumidor que tem plano familiar, na condição de dependente no plano de saúde, permanecer no plano caso o titular venha a falecer, assumindo as obrigações como novo titular.

Segundo a Resolução Normativa nº 186/2009, artigo 3º, § 1º, nesses planos de saúde “a extinção do vínculo do titular do plano 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”.

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 especial (vide item 3.5.1).

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. É ilegal a operadora de plano de saúde cancelar o contrato quando findo o prazo de remissão. O Poder Judiciário, assim como a ANS, são claros com relação à ilegalidade de tal rescisão contratual. Em novembro de 2010 a agência editou a Súmula 13, na qual explicita o seu entendimento sobre o tema: “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”.

Legislação: art. 13, II, Lei nº 9.656/98; Resolução Normativa nº 186/2009, da ANS; Súmula 13, da ANS

3.15.2 Perda ou não entrega do contrato

É direito do consumidor ter uma cópia do seu contrato. Caso a operadora não o tenha entregado, desrespeitou frontalmente o disposto no Código de Defesa do Consumidor, e suas cláusulas não obrigam o consumidor. É o que determina o artigo 46 do CDC.

De qualquer maneira, mesmo que o consumidor tenha recebido cópia do contrato, mas esta tenha se extraviado, é seu direito solicitar nova cópia.

Legislação: arts. 6º, III e 46, CDC.

3.15.3 Reembolso

Há planos de saúde que oferecem ao consumidor a possibilidade de livre escolha de prestadores de serviço, com o posterior reembolso dos valores dispendidos. 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 nº 9.656/98. Este 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”. Para mais informações sobre este reembolso, veja o item 3.11.1.

Na hipótese de indisponibilidade de prestador credenciado pela operadora, que ofereça o serviço ou procedimento demandado pelo consumidor, a operadora deverá: (1) garantir o atendimento em prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município, arcando com os custos do atendimento diretamente ao prestador de saúde; ou (2) garantir o atendimento em prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este. Na hipótese de inexistência de prestador de saúde para realização do procedimento, no município do consumidor, a operadora deverá: (1) garantir atendimento em prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; (2) garantir o atendimento em prestador integrante ou não da rede

assistencial na região de saúde à qual faz parte o município; ou (3) garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

Na hipótese de descumprimento das obrigações acima dispostas e, caso o consumidor. Na hipótese de descumprimento das obrigações acima dispostas e, caso o consumidor seja obrigado a pagar os custos do atendimento, em face à indisponibilidade/inexistência de prestador de saúde, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

Legislação: art. 12, VI, Lei nº 9.656/98.

3.15.4 Responsabilidade por erro médico

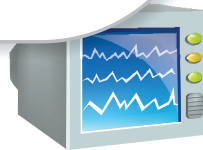
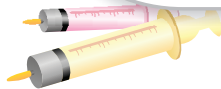
O Código de Defesa do Consumidor adota o modelo da responsabilidade solidária dos fornecedores de produtos e serviços pela reparação dos danos sofridos pelo consumidor.

Assim sendo, se o consumidor for vítima de erro médico ou de qualquer erro de prestador de serviço vinculado à operadora de plano de saúde – ou seja, por ela indicado por ser parte da sua rede credenciada ou referenciada – a operadora de plano de saúde também responderá perante o consumidor.

Quando se trata de erro médico, a tendência da jurisprudência é a de discutir no bojo do processo a existência de culpa por parte do profissional de saúde, mesmo em ações nas quais se solicita a reparação à operadora de plano de saúde.

Legislação: arts. 6º, VI, 14, 51, III e IV, CDC; item 13, Portaria nº 3/2001 da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça.

BIBLIOGRAFIA





BIBLIOGRAFIA

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

ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar – beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: set./2011. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em: 18.01.09.

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.

_____ **O que está em jogo?** Rio de Janeiro: Cebes, 2011. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=1507&idSubCategoria=56>. Acesso em: 1.9.11.

BRASIL. **Relatório final da CPI de planos de saúde**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2003.

COLOMBO, F.; TAPAY, N. Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. **OECD Health Working Papers**, N. 15, OECD Publishing, 2004.

DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR. **Cadastro Nacional de Reclamações Fundamentadas 2009**: relatório analítico. Brasília: DPDC, 2010.

_____. **Cadastro Nacional de Reclamações Fundamentadas 2010**: relatório analítico. Brasília: DPDC, 2011.

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.

GAMA, Anete Maria et al. O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil. **Saúde debate**; 26(60):71-81, jan.-abr. 2002.

LOPES, Jose Reinaldo de Lima (Coord.). Planos de saúde e consumidor: relatório de pesquisa Brasilcon. **Revista de Direito do Consumidor**, São Paulo, n° 28, out./dez. 1998, p. 137-156.

MONTONE, Januário. **O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2000.

OCKÉ-REIS, Carlos Otávio. A reforma institucional do mercado de planos de saúde: uma proposta para a criação de benchmarks. In: PIOLA, Sérgio Francisco; JORGE, Elias Antonio (Orgs.). **Economia da Saúde: 1º Prêmio Nacional – 2004**. Brasília: Ipea, 2005, p. 289-324.

_____. **A regulação dos planos de saúde no Brasil: uma gestão sem política?** Rio de Janeiro: Ipea, 2003.

_____. **Novos modelos de gestão na saúde privada**. Rio de Janeiro: Ipea, 2006.

_____; ANDREAZZI, Maria de Fátima S.; SILVEIRA, Fernando G. **O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?** Rio de Janeiro: Ipea, 2005.

OUVIDORIA DA ANS. **Relatório de Gestão 2009/2011**. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

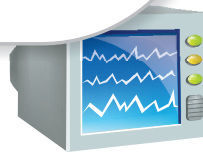
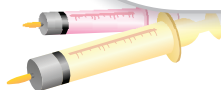
SCHEFFER, Mário. **Os planos de saúde nos Tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas a negativas de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo**. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2006.

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

_____. **O público e o privado na saúde brasileira: Dupla porta em hospitais universitários, utilização da rede pública pelos planos de saúde e (não) ressarcimento ao SUS**. Projeto de pesquisa apresentado para ingresso no programa de Doutorado da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2012 (não publicado).

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.

ANEXO
Nota Técnica n° 19
CGEMM/DPDC/SENACON/2012







**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DO CONSUMIDOR
DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR
COORDENAÇÃO-GERAL DE ESTUDOS E MONITORAMENTO DE MERCADO**

Nota nº 19/CGEMM/DPDC/SENACon/2012
Data: de de 2012
Assunto: Planos de Saúde: Contratos coletivos e relação de consumo nos termos da Lei nº 8.078/1990 - Código de Defesa do Consumidor

Senhor Coordenador-Geral,

I. RELATÓRIO

01. A presente Nota Técnica analisa a atual conjuntura do mercado de planos de saúde brasileiro, a caracterização de relação de consumo em toda e qualquer forma de contratação e a necessidade de que a regulação estatal abarque todo o setor, em especial os chamados contratos coletivos¹.

II. FUNDAMENTAÇÃO

Classificação dos planos de saúde

02. Os planos privados de assistência à saúde são classificados na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com base na forma de contratação (Art. 2º, Resolução Normativa – RN/ANS nº 195/2009), em: (I) individual ou familiar; (II) coletivo empresarial; ou (III) coletivo por adesão.

03. A contratação individual envolve a oferta de planos de assistência à saúde “para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar” (Art. 3º, RN nº 195/2009).

¹ A Nota Técnica foi elaborada com a colaboração da Consultora Daniela Batalha Trettel, Contrato Unesco – Planos de Saúde.

04. Os planos de saúde coletivos caracterizam-se pela existência de um terceiro elemento que se coloca entre o usuário do serviço e a operadora de plano de saúde, fornecedora dos serviços. Esse “terceiro elemento” é o empregador desse usuário (contratos coletivos empresariais), ou sindicato/associação que guarda com o usuário uma relação classista (contrato coletivo por adesão).

Prevalência da contratação coletiva

05. Os planos coletivos – empresariais e por adesão – respondem atualmente por 77% do mercado², o que o torna o modelo contratual que demanda especial atenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) enquanto órgão regulador e, enquanto relações de consumo que são, dos órgãos de proteção e defesa do consumidor que compõem o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC).

06. A prevalência da contratação na forma coletiva tem como fator desencadeador importante a atuação fragmentada da ANS em relação ao mercado de planos de saúde, com maior rigidez em relação aos planos de saúde individuais e desregulamentação de reajustes e permissão de rescisão unilateral nos contratos coletivos. O mercado passou a atuar prestigiando a contratação coletiva, conforme se verifica em dados da própria Agência: em 2000, ano em que a Agência foi criada, 68,4% dos contratos assinados sob a égide da nova legislação (contratos novos) eram coletivos, e 31,6% eram individuais ou familiares; em março de 2012, os planos coletivos ascenderam e já somam 79,3% de todos os planos de saúde novos^{3 4}. Como consequência, há até mesmo consumidores privados de contratar com determinadas operadoras que passaram a comercializar apenas contratos coletivos, porque não são ligados a intermediadores desse tipo de contratação (empregador, associação ou sindicato). Cite-se como exemplo que a maioria das grandes seguradoras de planos de saúde não oferecerem mais planos individuais ou familiares.

07. Como estratégia de captação de consumidores, muitas operadoras ofertam planos coletivos alardeando as mensalidades iniciais com valores mais baixos do que os planos

² Dados de março de 2012, divulgados em junho do mesmo ano, no Caderno de Informações de Saúde Suplementar – publicação trimestral da agência com dados do setor regulado. Disponível em www.ans.gov.br.

³ Idem.

⁴ Não foram consideradas as totalidades de planos de saúde (planos de saúde antigos e planos de saúde novos) pelo fato de que nos seus primeiros anos a ANS registrou em seu banco de dados altos índices de contratos cuja forma de contratação não era identificada. Em dezembro de 2000, do total de contratos de planos de saúde, 34,9% eram coletivos, 18,2% individuais/familiares e 46,9% não identificados. Em data intermediária, dezembro de 2004, 65,6% dos contratos eram coletivos, 24,6% eram individuais/familiares e 9,8% não identificados. Em março de 2002, 77% dos contratos eram coletivos, 20,7% individuais/familiares e 2,3% não identificados.

individuais. Mas o consumidor fica sujeito a reajustes não regulados que tendem a tornar as mensalidades proibitivas, o que demonstra estarem sujeitos à estratégia de marketing em detrimento de maior controle e planejamento por parte das operadoras. Os consumidores são atraídos por menores preços num primeiro momento, mas não têm previsibilidade do preço futuro, podendo ser surpreendidos com aumentos bem maiores do que os dos planos individuais com o passar dos anos, caso utilizem a cobertura oferecida.

08. Além disso, a contratação coletiva é incentivada pela política das operadoras de pagamento de comissões a corretores de planos de saúde. São diversas as operadoras que não remuneram corretores pela venda de planos individuais/familiares, ou o fazem em valores menores em relação à venda de contratos coletivos⁵.

Especificidades dos contratos coletivos

09. Parte-se, a partir de agora, para a análise em separado de cada um dos contratos existentes na contratação coletiva – contratos coletivos por adesão, contratos coletivos empresariais e a questão da “falsa coletivização” – e a indubitável existência de relação de consumo em todas as formas de contratação. Nos contratos coletivos por adesão, o intermediário (associação ou sindicato) sequer contribui no pagamento da mensalidade do plano. Seu papel é o de representante da classe, assim como o faz em outras situações. Tome-se, por exemplo, o caso de um sindicato: não é porque este atua na negociação de reajustes salariais da categoria que representa que os contratos de trabalho restam descaracterizados, e ninguém ousa dizer que a relação jurídica trabalhista deixa de sê-lo entre o trabalhador e a empresa porque um sindicato intervém em negociações salariais ou por melhores condições de trabalho.

10. Da mesma forma ocorre na maioria dos contratos de planos de saúde empresariais: salvo algumas exceções, mesmo os contratos coletivos empresariais tendem a ter como grande provedor de seu sustento o próprio usuário dos serviços de saúde. É ele quem arca com o pagamento de toda ou quase toda a mensalidade. Ao empregador resta o papel de intermediário na negociação com a operadora de plano de saúde. Essa característica é mais evidente nos contratos de planos de saúde intermediados por micro, pequenas e médias empresas, que sequer possuem estrutura financeira para arcar com parte e, muito menos, com a totalidade da mensalidade do plano de saúde. A prevalência desse tipo de contratação se

⁵ Conforme noticiado pela Revista Cobertura (abr/2008), específica do mercado de seguros (http://www.revistacobertura.com.br/lermais_materias.php?cd_materias=63371&friurl=-Voz-do-corretor-).

evidencia por dados da própria ANS, apresentados durante a discussão da Câmara Técnica do Pool de Risco: 80% dos comunicados de reajustes de contratos coletivos recebidos pela Agência diziam respeito a contratos com menos de 30 (trinta) vidas. Ora, na parcela desses contratos que são coletivos empresariais, supõe-se sejam poucas as empresas empregadoras que garantem o pagamento integral ou de parcela significativa da mensalidade. O empregador, também neste caso, age como verdadeiro intermediário da relação de consumo entre o usuário do serviço e a operadora.

11. Nos casos dos contratos coletivos empresariais das grandes empresas, as mensalidades dos planos de saúde são pagas na integralidade, ou em sua grande parte, pela própria empresa. Entretanto, nas negociações salariais e de benefícios verifica-se que ao trabalhador são oferecidos remuneração e outros benefícios, como o plano de saúde. Na percepção do trabalhador, todo esse “pacote” integra o seu pagamento pelos serviços prestados; ele considera todo o “pacote” para se considerar satisfeito ou não com o valor recebido. Na prática, em uma negociação salarial, o empregado aceita uma menor remuneração desde que sejam concedidos benefícios, ou seja, se o plano de saúde não fosse fornecido pela empresa, ela teria que pagar uma maior remuneração. Para a empresa, todavia, o pagamento de benefícios é tributariamente mais interessante, posto que por força do art. 458, § 3º, da CLT, benefícios como planos de saúde não integram o salário. Sobre esse valor não incidem alguns tributos, sobre esse valor não se calcula férias e 13º salário etc. Nesse caso, portanto, indiretamente o empregado financia o seu plano de saúde, pois deixa de perceber maior remuneração, caracterizando-se como consumidor. Nos termos do art. 2º do CDC, consumidor é aquele que se caracteriza como destinatário final na aquisição de produtos e serviços, mesmo que pessoa jurídica. Ora, quando uma empresa contrata um plano de saúde cujos beneficiários são seus funcionários, não insere tal serviço em sua atividade comercial. Nunca, portanto, o consumidor deixa de ser destinatário final.

12. Há, por fim, o fenômeno da chamada “falsa coletivização”. Nesses casos, estimulados por preços iniciais mais vantajosos, consumidores contratam para si e suas famílias planos de saúde coletivos empresariais. Tal fenômeno é estimulado por uma realidade que é própria da sociedade pós-moderna, fragmentada em suas relações trabalhistas. Muitos trabalhadores registram-se como autônomos e assim são contratados – mesmo em situações que caracterizariam evidente relação de emprego. De posse do seu registro de pessoa jurídica, tais trabalhadores são estimulados a contratar planos coletivos empresariais. A figura do intermediário, na realidade dos fatos, sequer existe.

A relação de consumo nos planos de saúde coletivos

13. Em todos os exemplos apresentados, vê-se que o verdadeiro contratante do serviço de plano de saúde é o seu usuário. É ele quem “adquire serviço como destinatário final”, encaixando-se claramente no conceito de consumidor do artigo 2º do CDC. A jurisprudência possui entendimento no mesmo sentido, conforme a Súmula 469 exarada do Superior Tribunal de Justiça, segundo a qual: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”. Neste sentido, cite-se precedente que embasou a edição da referida súmula: “A operadora de serviços de assistência à saúde que presta serviços remunerados à população tem sua atividade regida pelo Código de Defesa do Consumidor” (Resp 267.530/SP, Rel. Ministro Ruy Rosado de Aguiar, DJe 12/3/2001).

14. O Código de Defesa do Consumidor (CDC – Lei nº 8.078/1990) trata da política nacional de relações de consumo, mas não trata, especificamente, do conceito de relação de consumo, mas dos elementos que a integram. A partir do CDC, pode-se definir relação de consumo como o vínculo jurídico que se estabelece entre o fornecedor de um produto ou serviço e o consumidor, quem o adquire ou utiliza como destinatário final.

15. Nos planos privados de saúde em qualquer modalidade, o fornecedor é a operadora do plano e o consumidor é seu usuário. Ocorre que nos planos de saúde coletivos – exceto no caso da falsa coletivização – existe um terceiro elemento que se coloca entre o usuário do serviço e a operadora de plano de saúde, sua fornecedora. Esse terceiro elemento pode ser tanto o empregador desse usuário (contratos coletivos empresariais), quanto o sindicato ou associação que guarda com o usuário uma relação classista (contrato coletivo por adesão). Observa-se que o papel do terceiro elemento é atuar como intermediário da transação entre a operadora e o usuário, sem descaracterizar, entretanto, a relação de consumo entre aqueles, mas organizando e viabilizando-a.

16. Ora, a relação de consumo é uma relação jurídica na qual se identificam, necessariamente, um consumidor e um fornecedor, e entre eles uma transação envolvendo a aquisição de produto ou serviço. De modo que em uma análise acurada da relação jurídica que se estabelece nos planos coletivos de saúde, verifica-se que a relação de consumo existente se dá entre o usuário de planos de saúde e a operadora de plano de saúde. O chamado terceiro elemento atua, na verdade, como intermediário nessa negociação, por meio de relações jurídicas, por um lado com a operadora, e por outro lado com os consumidores, sem, no entanto, alterar a essência da relação jurídica principal entre a operadora e o consumidor.

17. No que se refere aos contratos utilizados na contratação coletiva de planos de saúde, a operadora é a responsável perante o consumidor pelos produtos e serviços que oferece, da mesma forma que o é no caso de planos de saúde individuais. De modo que 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.

18. Na contramão da defesa do interesse do consumidor vinculado a planos de saúde coletivos, a regulação setorial empreendida pela ANS tem fortalecido a relação entre o intermediário – empresa/sindicato/associação – e a operadora de plano de saúde por razões regulatórias específicas que, embora não alterem a relação de consumo existente e disciplinada pela legislação de defesa do consumidor, enfraquecem a proteção ao consumidor.

19. Embora se reconheça o esforço da agência reguladora na diminuição dos problemas referentes a reajustes de contratos coletivos com a proposta, ainda em discussão, do pool de risco, tal medida ainda se mostra insuficiente para solução das distorções de mercado e lesões de direitos dos consumidores decorrentes da regulação fragmentada e não uniforme dos planos de saúde.

20. No que se refere à proteção do interesse público, a Constituição Federal (CF) determina, no art. 5º, inciso XXXII, que o Estado promoverá, na forma da lei, a proteção do consumidor. Tal dispositivo foi regulamentado pela Lei 8.078/90, o Código de Defesa do Consumidor. Complementarmente, a Constituição preconiza em seu art. 170, V, que a ordem econômica tem como um dos princípios balizadores a defesa do consumidor.

21. Em relação à saúde privada, o art. 197 da Constituição determina como dever do Estado regulamentar, fiscalizar e controlar os serviços de saúde, inclusive os prestados por pessoas jurídicas de direito privado. Por meio da Lei nº 9.961/00, o Estado delegou o exercício dessa função em relação aos planos de saúde para a ANS. Nessa lei de criação da Agência, não há qualquer restrição da sua atuação relacionada ao tipo de contrato ou à sua data de assinatura.

III. CONCLUSÃO

22. A partir da análise realizada, conclui-se que a contratação de planos privados de saúde – em qualquer de suas modalidades, quer coletivos, quer individuais – constitui, necessariamente, relação de consumo prevista no CDC.

23. Tudo isso posto, a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) ressalta sua preocupação em relação à regulação diferenciada de contratos coletivos e individuais – especialmente no que se refere a reajustes e rescisão unilateral de contrato –, bem como em relação à regulamentação que fortalece a posição do intermediário na contratação em detrimento do consumidor, e reforça sua convicção no sentido de que a solução dos problemas dos consumidores de planos de saúde passa necessariamente pela mudança do modelo regulatório adotado pela Agência, em atenção aos ditames da Constituição, da lei de criação da ANS e do Código de Defesa do Consumidor.

À consideração superior.



ALEXANDRE CARNEIRO PEREIRA
Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental

De acordo. À consideração do Diretor do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC).



DANILO CESAR MAGANHOTO DONEDA
Coordenador-Geral de Estudos e Monitoramento de Mercado

De acordo. Encaminhe-se à Secretária Nacional do Consumidor, para apreciação.



AMAURY MARTINS DE OLIVA
Diretor do DPDC

De acordo. Aprovo a presente Nota Técnica sobre a relação de consumo nos contratos de planos privados de saúde. Encaminhe-se à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para conhecimento.



JULIANA PEREIRA DA SILVA
Secretária Nacional do Consumidor







CARÊNCIA



EXAMES



DIREITOS DO
CONSUMIDOR



FISIOTERAPIA



COBERTURAS



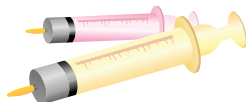
PLANEJAMENTO
FAMILIAR



CIRURGIAS



INTERNAÇÕES



CONSULTAS



URGÊNCIAS



CONTRATOS



ATENDIMENTO
DOMICILIAR



Escola Nacional de Defesa
do Consumidor

Secretaria Nacional do
Consumidor

Ministério da
Justiça