

CONSUMIDOR. PLANOS DE SAÚDE:

PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - GUIA PRÁTICO DE ORIENTAÇÃO AO CONSUMIDOR

(Se quiser saber sobre reajustes do Plano de Saúde, visite a seção)

Considerações Gerais

A Constituição da República Federativa do Brasil assegura no Título VIII - "Da Ordem Social", o direito à saúde. Essa garantia constitucional tem como objetivo o bem estar e justiça sociais que se traduzem na redução do risco de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Embora o direito à saúde seja um dever, o Estado permite à iniciativa privada, a prestação de serviços de assistência à saúde.

Os serviços privados de assistência à saúde no Brasil surgiram, no final da década de 60 sob a forma de planos de assistência médica e mais recentemente, na década de 70, houve a sedimentação dos chamados seguros-saúde.

No início dos anos 90, com o Código de Defesa do Consumidor - Lei Federal 8.078/90, os consumidores passaram a ter à sua disposição um novo mecanismo de proteção e defesa de seus interesses, principalmente no tocante à forma e apresentação dos contratos, rescisões unilaterais, abrangência e estipulações de cláusulas e reajustes.

Em vista principalmente dos abusos praticados, da falta de legislação específica e da relevância da matéria, que direta ou indiretamente, afetam a saúde, a qualidade de vida e portanto a própria existência da população, a sociedade passou a pleitear e exigir regulamentação específica para o setor.

Em 1998 foi sancionada a Lei 9.656 de 3/6/98, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde.

Legislação Básica dos Planos Privados de Assistência à Saúde

* Lei 9.656 de 3/6/98 - dispõe sobre planos privados de assistência à saúde

* Medidas Provisórias 1.665, 1.685, 1.730 e 1976 dentre outras

* Resoluções do CONSU (Conselho de Saúde Suplementar)

* Lei 8.078 de 11/9/90 - Código de Defesa do Consumidor

Comentários a Questões Básicas da Legislação

Nota: A partir de abril de 2009, a carência já cumprida no plano anterior passa a contar na mudança de empresa de plano de saúde, é a chamada "portabilidade" que poderá beneficiar 6 milhões de pessoas que possuem contratos assinados a partir de 1999.

1) Acompanhante

Aos pacientes menores de 18 anos é assegurada a cobertura de despesas do acompanhante. Os planos referência e hospitalar poderão oferecer essa modalidade de cobertura.

2) Adaptação de Contratos em Vigor

A adaptação prevista na lei é facultativa, ficando assegurado ao consumidor que tenha firmado contrato antes da vigência da lei específica, o direito de optar pelo novo contrato ou permanência na contratação anterior por prazo indeterminado.

Eventuais adaptações dos contratos não podem implicar prejuízo ao consumidor, principalmente no que se refere a:

- a) contagem dos períodos de carência;
- b) prazos para atendimento de doenças preexistentes;
- c) prazos para aquisição de benefícios (rescisão de contrato de trabalho ou aposentadorias).

3) Alta Complexidade

Não há uma definição técnica sobre o assunto, salvo regulamentações para utilização específica (Ex.: Portarias 96/93 e 3.409/98 do Ministério da Saúde), entretanto verifica-se no dia-a-dia que os procedimentos de alta complexidade apresentam, via de regra: custo elevado, condutas e equipamentos de ponta (avanços tecnológicos) e obtenção de resultados satisfatórios mas ainda não incorporados às rotinas ou práticas comuns.

Atualmente são considerados procedimentos de alta complexidade alguns transplantes, tratamento de certos tumores e doenças.

As pesquisas, os avanços do segmento médico-hospitalar e a obtenção de resultados aliados à aplicação de novos medicamentos, métodos e tecnologias permitem constante revisão desses procedimentos que passam a ser tratados como rotineiros.

4) Aposentado

O funcionário que se aposentar a partir de 4/9/98 e que tenha contribuído, em função do vínculo empregatício, para plano de assistência à saúde, por no mínimo 10 anos, poderá manter sua vinculação como beneficiário por prazo indeterminado. Para tanto, deverá assumir o pagamento da parcela integralmente.

No caso de o aposentado contar com menos de 10 anos de contribuição, também terá garantida a manutenção como beneficiário, só que na proporção de um ano para cada ano de contribuição.

A manutenção dessa condição é obrigatória a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho. O titular perderá essa condição quando admitido em novo emprego. Ocorrendo a morte do titular ficam garantidos os direitos aos dependentes assegurados.

5) Assistência à Saúde

Constitue-se na adoção de medidas necessárias à prevenção, recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, nos moldes do contrato e nos termos da legislação.

6) Autogestão

Sistema por meio do qual se elabora e se administra plano de saúde próprio e específico. Destina-se exclusivamente a empregados (ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados) que pode ser estendido aos respectivos grupos familiares de uma ou mais empresas. Visa atender também a participantes e dependentes de associações, sindicatos ou entidades de classes profissionais. Compete ao Ministério da Saúde a concessão do registro de qualificação na modalidade de autogestão.

A administração (gerenciamento) dos recursos deve ser feita pela própria empresa, admitindo-se, entretanto, convênios de reciprocidade com entidades congêneres.

7) Beneficiário

Para fins da legislação, entende-se como beneficiário a pessoa, inclusive aposentada ou com contrato de trabalho rescindido, a favor de quem se estabelece um benefício, vantagem ou direito.

8) Carência

É o período de tempo, previsto contratualmente e respaldado na legislação, que decorre entre o início do contrato (assinatura) e a efetiva possibilidade de utilização dos serviços contratados.

A partir de abril de 2009, a carência já cumprida no plano anterior passa a contar na mudança de empresa de plano de saúde, é a chamada "portabilidade" que poderá beneficiar 6 milhões de pessoas que têm seus contratos assinados a partir de 1999.

Os demais períodos de carência continuam os mesmos. O que acaba é a necessidade de cumprir a carência mais de uma vez a cada troca de plano. Para gravidez, 300 dias; consulta, exames, internações, cirurgias e procedimentos de alta complexidade, 180 dias. Para doenças pré-existentes, dois anos; e para urgências e emergências, 24 horas.

Essas regras não valem para os planos coletivos, os quais, a partir de 50 beneficiários já são livres de carência.

Segundo a ANVISA, será proibida qualquer discriminação, por idade ou doença. A operadora que descumprir as novas regras ou cometer discriminação será punida com multa de R\$ 30 mil a R\$ 50 mil.

PRAZOS DE CARÊNCIA

É um período pré-determinado no início do contrato, durante o qual você não pode usar integralmente os serviços oferecidos pelo plano ou seguro de saúde. As carências são de 24 horas para os casos de urgência e emergência, de 10 meses para partos, de 06 meses para demais situações e de 24 meses para as doenças e lesões preexistentes.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE

É aquela que o consumidor sabe ser portador no momento da contratação. Para estes casos há duas alternativas de cobertura:

Cobertura parcial temporária: o consumidor somente terá direito à cobertura completa da doença preexistente (procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia) após 24 meses de carência.

Agravo: acréscimo que o consumidor terá que pagar mensalmente para ter direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente. O agravo passará a fazer parte da mensalidade até o final do contrato. Se o agravo não for oferecido, denuncie aos órgãos de defesa do consumidor e/ou à ANS. Cobertura parcial temporária, carências, rol de alta complexidade ou mesmo agravo são objeto de discussão junto à ANS, uma vez que não atendem na íntegra às necessidades de assistência à saúde dos consumidores.

9) Contrato

Leia o contrato com atenção, verifique se ele contém tudo o que foi prometido pelo vendedor ou corretor e risque os espaços em branco.

Nele deverão constar obrigatoriamente:

as condições de admissão;

o início da vigência;

os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

as faixas etárias e percentuais de reajuste;

as condições para a suspensão ou a rescisão do contrato;

os procedimentos médicos e hospitalares cobertos e excluídos;

as franquias ou agravos na mensalidade;

a área geográfica de abrangência do plano;

os critérios de reajuste e revisão das mensalidades;

o número do certificado de registro da operadora, emitido pela SUSEP ou pela ANS;

Importante: os reajustes, tanto anuais quanto referentes à mudança de faixa etária, somente poderão ser feitos com autorização prévia da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Guarde todo o material publicitário, como folhetos, publicidade em jornais, revistas, etc. Ele faz parte do contrato e seu conteúdo deve ser cumprido.

SAIBA QUE...

Você não é obrigado a adaptar o seu plano de saúde firmado antes da nova lei. Pode, no entanto, fazê-lo a qualquer tempo.

Deve ser ressaltado que não é admitida estipulação ou prática que acarretem:

- Suspensão dos Serviços

A suspensão dos serviços contratados só poderá ocorrer em razão da falta de pagamento da mensalidade superior a 60 dias, ininterruptos ou não, a cada ano de vigência do contrato, desde que o consumidor seja notificado formalmente até o quinquagésimo dia (50º) de inadimplemento. O consumidor será mantido no plano, e não poderá ter o atendimento suspenso, desde que efetue o pagamento de seu débito no máximo até o sexagésimo (60º) dia de inadimplemento.

A suspensão do contrato é admitida, também, nos casos de fraude praticada pelo consumidor, devidamente comprovada.

- Cancelamento do Contrato (rescisão ou denúncia)

É proibido o cancelamento do contrato, salvo constatação de fraude ou falta de pagamento, nos moldes acima descritos.

- Interrupção de Internação

É proibida a interrupção de internação, entendendo-se inclusive como interrupção a suspensão de pagamentos pela operadora junto ao contratado.

No caso de descredenciamento pela operadora ou desligamento do contratado, a internação deve ser mantida, salvo por ocorrência de fraude ou de infração às normas sanitárias.

10) Contrato de Adesão

É a modalidade de contrato celebrado mediante estipulação unilateral de cláusulas pela operadora. O consumidor adere às cláusulas preestabelecidas sem a possibilidade de proceder a qualquer alteração no seu conteúdo. Os planos e seguros adotam esse tipo de contrato.

11) Descredenciamento

As entidades hospitalares, credenciadas ou contratadas, indicadas pelo fornecedor aos consumidores por meio de relação, livretos, manual etc., devem ser mantidas durante a vigência dos contratos.

Entretanto, poderá ocorrer a substituição de prestador hospitalar contratado ou credenciado, devendo ser observadas:

- a equivalência da substituição;
- a comunicação ao consumidor e à Agência Nacional de Saúde Complementar, com 30 dias de antecedência, exceto nos casos de fraude ou de infração sanitária ou fiscal.

Obs.: Se o descredenciamento solicitado pela operadora ocorrer durante período de internação hospitalar, é obrigatório o pagamento das despesas hospitalares até a alta do paciente. Entretanto, se o descredenciamento decorrer de constatação de infração às normas sanitárias, deverá a operadora proceder à transferência imediata do consumidor a outro estabelecimento equivalente, arcando com seu custo.

Da mesma forma, no caso de o prestador hospitalar pleitear seu desligamento da rede e havendo consumidor internado, a operadora deverá se responsabilizar pela manutenção e pagamento da internação ao hospital.

12) Doença ou Lesão Preexistente

Pode-se definir doença ou lesão preexistente como sendo a patologia que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor à época de ingresso no plano.

A regulamentação da matéria estabeleceu a possibilidade, no caso de doenças ou lesões preexistentes, de:

- *Cobertura Parcial Temporária* - estipulação contratual que permite a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, internação em leitos de alta tecnologia (equipados ou preparados com tecnologia de ponta), de procedimentos de alta complexidade (não integrados à rotina), por determinado prazo. O prazo máximo de cobertura parcial temporária é de 24 meses. Após esse período, a cobertura passará a ser integral, nos moldes do plano contratado, não cabendo nenhum tipo de acréscimo/aumento;
- *Agravo* - acréscimo ao valor da prestação paga, para cobertura das doenças preexistentes declaradas, observado o cumprimento dos prazos de carências contratados e legalmente admitidos.

Baseado no Princípio da Boa Fé, o consumidor fica obrigado a informar à operadora, a partir de 4/11/98, (data de regulamentação da matéria), e quando expressamente solicitado, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes.

Não havendo o agravo e decorridos 24 meses da contratação, fica proibida a exclusão de cobertura sob alegação de preexistência.

A falta de informação ou omissão, desde que conhecida a preexistência, ensejam fraude e conseqüente suspensão ou rescisão do contrato.

13) Emergência e Urgência

Entende-se por *emergência* a ocorrência de situação, fato ou circunstância que implique risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente. A avaliação da emergência deve ser feita pelo médico assistente.

Entende-se por *urgência* a ocorrência de situação, fato ou circunstância resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo de gestação.

O prazo de carência em caso de emergência ou de urgência é de, no máximo, 24 horas a contar da assinatura do contrato.

No plano ambulatorial, o período de atendimento de situações de emergência ou de urgência é de até 12 horas. Ultrapassado esse período e havendo determinação do médico assistente para manutenção ou internação do paciente em ambiente hospitalar, a operadora deverá proceder os encaminhamentos de remoção e internação junto ao Sistema Único de Saúde(SUS).

No plano hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 horas da vigência do contrato.

Admite-se o reembolso de valores pagos, nos limites contratados e de acordo com os preços praticados pelo plano/seguro, nos casos em que não for possível a utilização dos serviços contratados ou credenciados pela operadora (ex.: falta de leito, aparelho essencial quebrado, falta de médico especialista etc.).

14) Empresas Estrangeiras

As empresas estrangeiras podem operar planos e seguros privados de assistência à saúde, participando ou constituindo capital próprio, observadas as normas legais cabíveis.

15) Faixa Etária

Pode ser definida como a estipulação contratual que permite o aumento do valor da mensalidade em razão do aumento de idade do consumidor.

A legislação estabelece sete faixas etárias:

- 0 a 17 anos de idade;
- 18 a 29 anos de idade;
- 30 a 39 anos de idade;
- 40 a 49 anos de idade;
- 50 a 59 anos de idade;
- 60 a 69 anos de idade;
- 70 anos ou mais.

Deve-se observar ainda:

- a proibição de fixação de variação de preço da mensalidade superior a seis vezes, do valor verificado entre a última e a primeira faixa estipulada para o plano. Não é permitida a estipulação de faixa etária inicial diversa de 0 (zero);
- que os contratos firmados anteriormente à vigência da lei e os não adaptados, deverão ter todos os aumentos por mudança de faixa etária autorizados previamente pela Agência Nacional de Saúde.
- ser proibida a concessão de descontos ou oferecimento de vantagem em virtude de prazos contratuais ou idade do consumidor;
- a obrigatoriedade do fornecimento de informações claras e precisas e da estipulação em contrato, dos valores de cada faixa etária, mesmo que o consumidor ingresse em faixa diferente da inicial;
- que na adaptação dos contratos em vigor à nova legislação, fica proibida a readequação dos valores das prestações em face a critérios fixados para faixas etárias dos contratos novos.

16) Filhos

Fica garantido aos filhos os mesmos direitos do titular, no que se refere a atendimento e aproveitamento de carências.

Filho recém-nascido (natural ou adotivo) :

- Garantia de atendimento por 30 dias, independentemente de sua inclusão em plano da mãe ou do titular;
- Direito de ser inscrito como dependente no plano ou seguro, com isenção do cumprimento de carências, no prazo de 30 dias a contar do nascimento ou adoção.

Filho adotivo até 12 anos:

- Direito de inscrição com garantia de aproveitamento das carências já cumpridas pelo adotante.

17) Formas de contratação

• Individual ou Familiar, com:

- livre adesão de pessoa física, incluindo grupo familiar ou dependentes;
- escolha de qualquer modalidade de plano oferecida.

• Coletivo Empresarial, com:

- cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica;
- observância de vínculo empregatício, associativo ou sindical;
- possibilidade de prever a inclusão de dependentes;
- adesão automática quando da vinculação do consumidor à pessoa jurídica ou na data de contratação do plano.

• Coletivo por Adesão, que:

- será oferecido por pessoa jurídica;
- a adesão deve ser opcional e espontânea;
- poderá prever a inclusão de dependentes.

Nos contratos coletivos, dependendo do número de participantes, são oferecidas maiores vantagens como: não cumprimento de carências, impossibilidade de contratação de cobertura parcial temporária etc.

18) Indisponibilidade de leito

Nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela operadora, ocorrendo a falta de leito hospitalar na modalidade contratada, deverá ser providenciada acomodação em modalidade superior sem pagamento de qualquer valor adicional pelo consumidor.

19) Liquidação Extrajudicial

As empresas de assistência à saúde, independentemente do regime de constituição não poderão requerer concordata ou falência. No caso de problemas (administrativos ou econômico-financeiros) que

não sejam sanáveis, poderá ser proposta a liquidação extrajudicial da empresa, pelo órgão fiscalizador da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Na inviabilidade de recuperação da empresa, a ANS promoverá a alienação (transferência) da carteira para outra empresa, no prazo máximo de 90 dias.

20) Operadora

Denominação dada pela legislação, de maneira ampla, aos fornecedores de planos que oferecem serviços privados de assistência à saúde.

21) Órgãos Reguladores

- *Conselho de Saúde Suplementar* - CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, que supervisiona e acompanha as ações e funcionamento da ANS;

- *Agência Nacional de Saúde Suplementar* - ANS: autarquia especial, vinculada ao Ministério da Saúde, que atua em todo o território nacional como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades pertinentes à assistência suplementar à saúde;

- *Câmara de Saúde Suplementar* - órgão integrante da estrutura organizacional da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, de caráter permanente e consultivo.

22) Penalidades

O descumprimento dos dispositivos legais sujeitam os infratores, inclusive corpo diretivo e administrativo, às penas de:

- Advertência;
- Multa pecuniária;
- Suspensão do exercício do cargo;
- Inabilitação temporária para o exercício de cargos em operadoras;
- Inabilitação permanente para o exercício de cargos em operadoras;
- Cancelamento da autorização de funcionamento.

23) Planos

Constituem sistemas de prestação de serviços médico-hospitalares, para atendimento em larga escala, com custos controlados.

Configura, via de regra, contratação com pré-pagamento e com oferecimento de rede própria, credenciada ou referenciada de hospitais, clínicas, médicos, laboratórios etc.

Alguns planos admitem também a livre escolha de serviços mediante reembolso nos termos definidos em contrato e em tabela de preços.

Os serviços são oferecidos por meio de empresas de medicina de grupo, entidades filantrópicas, cooperativas, empresas, associações etc., nas modalidades de plano referência ou em uma das suas formas de segmentação: ambulatorial, hospitalar e odontológica.

24) Plano - Modalidade Referência

É a modalidade de plano de assistência à saúde mais completa e abrangente, oferecendo assistência ambulatorial, clínica, obstétrica e hospitalar, no âmbito do território brasileiro, com padrão de enfermagem (no caso de internação) e unidade de terapia Intensiva ou similar.

O plano referência deve abranger cobertura para as doenças relacionadas no Rol de Procedimentos Médicos elaborado com base no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde),

Não são cobertos :

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) inseminação artificial;
- c) fornecimento de prótese, órtese e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico que esteja coberto contratualmente;
- d) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- e) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento, com finalidade estética;
- f) fornecimento de medicamentos importados, não nacionalizados;
- g) fornecimento de medicamentos para fins domiciliares;
- h) procedimentos odontológicos não relacionados ou não regulados pelo CONSU;

Devem ter cobertura, no mínimo:

- * consultas médicas (sem limite), de serviços de apoio diagnóstico (exames laboratoriais, de imagens etc.), de tratamento e outros procedimentos ambulatoriais;
- * internações hospitalares, inclusive em UTI's ou similares, sem limite, honorários médicos, serviços gerais (enfermagem e alimentação);
- * exames complementares de controle e/ou elucidação de diagnóstico;
- * taxas e materiais, inclusive de sala cirúrgica, medicamentos, anestésicos, gases, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia durante internação ou pela necessidade de continuidade de assistência, em virtude de internação anterior, mesmo que ambulatorialmente;
- * despesas de acompanhamento de paciente menor de 18 anos;
- * remoção para outro estabelecimento, se necessário;
- * reembolso, nos limites contratados, em casos de impossibilidade de uso da rede disponibilizada (própria, credenciada ou contratada), em casos de urgência ou emergência.

Obs.: a cobertura obstétrica poderá ser excluída (retirada) dessa modalidade de contratação.

25) Plano - Segmentação Ambulatorial

É uma das formas de segmentação do plano referência e não inclui internação. Deve apresentar cobertura de:

- a) consultas e atendimentos em geral, realizados em consultório ou ambulatório, sem limitação, definidos no Rol de Procedimentos Médicos;

- b) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e outros procedimentos;
- c) cirurgias ambulatoriais, sem que haja necessidade de internação;
- d) urgência e emergência, desde que o período de atenção continuada (observação e acompanhamento), não seja superior a 12 horas;
- e) remoção, em virtude da falta de recursos ou pela necessidade de internação. Entende-se como parte da remoção, os esforços para a alocação do paciente em instituição com estrutura adequada pública do SUS, cessando sua responsabilidade somente após o registro do paciente na unidade;
- f) reembolso de despesas, nos limites contratados, em caso de urgência ou emergência, onde não seja possível a utilização da rede disponibilizada (própria, credenciada ou autorizada);
- g) procedimentos especiais ambulatoriais, relacionados em norma específica (ver também item 28).

26) Plano - Segmentação Hospitalar

Esse plano constitui outra forma de segmentação do plano referência. Pode contemplar ou não cobertura para obstetrícia (parto) e exclui os atendimentos ambulatoriais, clínicos ou de consultório.

Prevê coberturas para:

- a) atendimentos em unidades hospitalares, com internações, inclusive em UTI/CTI, sem limitação de prazo. Cobrindo despesas de honorários, serviços, exames complementares, materiais, medicamentos etc.;
- b) atendimentos de urgência ou emergência;
- c) cirurgia buco-maxilo-facial, a ser feita em ambiente hospitalar;
- d) reembolso de despesas, nos limites contratados, em caso de urgência ou emergência, onde não seja possível a utilização da rede disponibilizada (própria, credenciada ou autorizada);
- e) procedimentos especiais, relacionados em norma específica e que estejam relacionados à continuidade de tratamento, decorrente de internação hospitalar anterior, mesmo que realizada em ambulatório (ver também item 28).

27) Plano - Segmentação Odontológica

É a última forma de segmentação do plano referência. Prevê a cobertura de:

- a) todos os procedimentos realizados em consultório (exame clínico, radiologia, prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia);
- b) atendimentos de urgência e emergência;
- c) reembolso de despesas, nos limites contratados, em caso de urgência ou emergência, onde não seja possível a utilização da rede disponibilizada (própria, credenciada ou autorizada).

Obs.: os procedimentos buco-maxilares que necessitam de internação hospitalar, não estão cobertos por essa modalidade de cobertura.

28) Procedimentos Especiais

A Resolução Nº 10 do CONSU, fixou o Rol de Procedimentos Médicos, com base no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), que em virtude de sua extensão, complexidade e termos técnicos deverá ser disponibilizado na sua íntegra, para conhecimento por parte dos usuários,

obrigando-se as operadoras a prestar qualquer esclarecimento e facilitando ainda, qualquer interpretação que se fizer necessária ao seu entendimento, alcance e abrangência.

Esse rol elenca inclusive, as coberturas para procedimentos especiais, nas segmentações do plano referência (ambulatorial, hospitalar e odontológica).

Assim são Procedimentos Especiais de cobertura, no:

* *Plano Ambulatorial* :

- a) hemodiálises e diálise peritoneal;
- b) quimioterapia ambulatorial;
- c) radioterapia;
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

* *Plano Hospitalar* :

- a) hemodiálises e diálise peritoneal;
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d) hemoterapia
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) fisioterapia;
- j) acompanhamento clínico pós-operatório de pacientes transplantados (rim e córnea).

Obs.: os atendimentos especiais devem estar relacionados à continuidade de assistência prestada em internação hospitalar, mesmo que prestados posteriormente em ambulatório.

29) Reajustes

A legislação trata da questão de reajuste de forma ampla, abrangendo os reajustes propriamente ditos (recomposição do valor da moeda e variação de custos) e os aumentos (faixa etária e sinistralidade).

Os reajustes são anuais nos moldes determinados na Lei 9069, que instituiu o Plano Real.

Os aumentos decorrentes das mudanças de faixa etária devem estar estabelecidos em contratos, obedecidas as normas, as formas e limites estabelecidos para as faixas (quanto ao número de faixas e sua variação temporal).

Os contratos firmados anteriormente à vigência da lei e os não adaptados deverão ter todos os aumentos por mudança de faixa etária previamente autorizados pelo órgão fiscalizador competente (ANS).

Os consumidores que firmaram contrato após a vigência da lei, ao completarem 60 anos ou mais de idade e que possuam plano com pelo menos 10 anos, não poderão sofrer reajustes por alteração de faixa etária.

A possibilidade de outros aumentos desde que previstos em contrato deverão ser analisadas e aprovadas previamente pela ANS.

Atenção : Em função dessas possibilidades e da grande oferta no mercado de planos privados e suas modalidades, o consumidor deve ficar atento e observar os itens abaixo para a determinação do preço do serviço oferecido:

a) publicidade e a oferta, onde constam referências a preços (panfletos, anúncios, contatos telefônicos, pessoal etc.), para fins comparativos;

b) promessas do vendedor e as informações constantes de minuta ou documentos de ajustes, a serem disponibilizados e analisados previamente;

c) o preço do plano referência, e de cada uma das segmentações (ambulatorial, hospitalar etc.) e/ou combinações;

d) carências estipuladas;

e) índice de reajuste;

f) estipulações de aumento;

g) faixas etárias;

h) coberturas e exclusões, e a possibilidade de redução ao ampliação das coberturas;

i) rede credenciada e abrangência territorial (local, regional, estadual, nacional ou internacional);

j) outros benefícios incluídos (sede social, recreativa, descontos em medicamentos, atendimento domiciliar, orientação telefônica etc.);

k) locais, postos ou centrais de atendimento para liberação de guias, reembolso, pagamentos em atraso etc.

Obs.: o levantamento desses itens também se reveste de importância, no caso de adaptação de contrato à nova legislação.

30) Redimensionamento da Rede (própria, credenciada, autorizada)

Em casos excepcionais a operadora poderá pleitear junto ao Ministério da Saúde, autorização expressa para proceder o redimensionamento, por redução, da rede (própria, credenciada ou autorizada).

A redução não poderá ser autorizada se acarretar prejuízos, notadamente qualitativos, aos consumidores.

31) Rescisão do contrato

A rescisão do contrato só poderá ocorrer, em razão da falta de pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, ininterrupto ou não, a cada ano de vigência do contrato, desde que o consumidor seja notificado formalmente até o quinquagésimo dia (50º) de inadimplemento. O consumidor poderá se reintegrar ao plano desde que efetue o pagamento de seu débito no máximo até o sexagésimo(60º) dia do inadimplemento.

A suspensão do contrato é admitida também, nos casos de fraude praticada pelo consumidor, devidamente comprovada.

32) Rescisão de Vínculo Empregatício

Ao funcionário desligado de seu emprego sem justa causa, a partir de 4/9/98, que tiver contribuído para plano coletivo, em decorrência de vínculo empregatício, será garantida sua permanência no plano, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.

O beneficiário tem o direito a permanecer (manter a contratação) pelo período de 1/3 do tempo em permaneceu no plano ou seguro, tendo entretanto garantido o mínimo de seis e o máximo de 24 meses de atendimento nessa condição.

O benefício é extensivo, obrigatoriamente, ao grupo familiar inscrito que integrava a contratação e em caso de morte do titular, os dependentes têm assegurado o direito de permanecer no plano, pelo período garantido ao titular.

Se o beneficiário vier a ser admitido em novo emprego, perde a condição de beneficiário.

33) Rol de Procedimentos Médicos

Fica estabelecido o Rol de Procedimentos Médicos, baseado no CID-10, da Organização Mundial da Saúde (OMS) da Organização das Nações Unidas (ONU).

O rol de procedimentos deve ser do conhecimento dos consumidores de forma clara e precisa, para que o consumidor possa exercer o direito de escolha.

A inclusão de novos procedimentos constitui um dos objetivos da prestação de serviços privados de assistência à saúde e é admitida, devendo ser analisada pelo Ministério da Saúde, regularmente.

34) Seguro

Na sua origem e em linhas gerais o seguro é uma modalidade de contratação onde o segurado, mediante pagamento de valor (prêmio) tem definido por meio de apólice (contrato), as condições (reembolso, coberturas, abrangência etc.) e limites contratados (valores), nos termos de legislação específica, notadamente Decreto-lei 73. As seguradoras ficam subordinados à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, do Ministério da Fazenda.

As empresas seguradoras que negociavam os chamados "seguros-saúde" oferecendo serviços nos moldes da Lei 9656, de Planos Privados de Assistência à Saúde devem proceder adequações em suas razões sociais e se subordinam, de imediato, à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, do Ministério da Saúde, devendo observar as normas específicas para o segmento de planos privados de assistência à saúde (Lei 9656, Medidas Provisórias e Resoluções afetas às operadoras de planos privados de assistência à saúde).

35) SUS - Sistema Único de Saúde

Quando os serviços ao consumidor ou dependentes, que possuem plano ou seguro privado, forem prestados por instituições públicas ou privadas integrantes do SUS, esses deverão ser ressarcidos pelas operadoras, nos limites contratados e pelos valores fixados na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP).

36) Transplantes

Em sua essência, os transplantes são considerados procedimentos de alta complexidade.

A legislação prevê, inicialmente, a cobertura para os transplantes de córnea e rim .

Nos transplantes ficam cobertas também as despesas com procedimentos vinculados à cirurgia, que são:

a) despesas assistenciais com doadores vivos;

b) medicamentos utilizados durante a internação;

c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio (exceto medicamentos de manutenção);

d) despesas com captação, transporte e preservação do órgão.

O candidato a transplante de órgãos provenientes de cadáveres, deve estar inscrito nas CNCDOs (Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos).

37) Transtornos Psiquiátricos (Saúde Mental)

Ficam cobertos todos os transtornos psiquiátricos codificados no CID-10.

Os tratamentos poderão estar sujeitos a franquia (valor fixado em contrato, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, reembolso ou pagamento de rede credenciada) ou co-participação (parte efetivamente paga pelo consumidor, além de sua mensalidade, referente à cobertura ou realização de algum procedimento).

Nos planos *ambulatoriais* é obrigatória a cobertura de:

a) atendimento emergências que implicam em risco de vida ou de danos físicos para o próprio consumidor ou terceiros (ameaças, auto-agressão etc.) ou ainda risco de ocorrência de danos morais e patrimoniais relevantes;

b) psicoterapia de crise (atendimento intensivo), com duração máxima de 12 semanas, com início após atendimento emergencial e limitado a 12 sessões por ano, ou seja por cada período de 12 meses a contar da assinatura do contrato;

c) tratamento básico, compreendendo cobertura de serviços de apoio de diagnóstico, tratamentos, consultas e procedimentos ambulatoriais.

Nos planos *hospitalares* é obrigatória a cobertura de:

a) custeio integral de no mínimo 30 dias de internação por ano, em hospital ou enfermaria psiquiátrica, em situações de crise;

b) custeio integral de 15 dias de internação por ano, em hospital geral, a pacientes com intoxicação ou abstinência;

c) custeio nos prazos acima, de forma parcial, para outras especialidades médicas necessárias. Se ultrapassados os prazos determinados nos itens "a" e "b" poderá haver co-participação, desde que contratada, entre as partes, essa possibilidade.

38) Urgência e Emergência

Entende-se por *urgência* a ocorrência de situação, fato ou circunstância resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo de gestação.

Entende-se por *emergência* a ocorrência de situação, fato ou circunstância que implique risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente. A avaliação da emergência deve ser feita pelo médico assistente.

O prazo de carência em caso de emergência ou de urgência é de, no máximo, 24 horas a contar da assinatura do contrato.

No plano ambulatorial, o período de atendimento de situações de emergência ou de urgência é de até 12 horas. Ultrapassado esse período e havendo determinação do médico assistente para manutenção ou internação do paciente em ambiente hospitalar, a operadora deverá proceder os encaminhamentos de remoção e internação junto ao Sistema Único de Saúde(SUS).

No plano hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 horas da vigência do contrato.

Admite-se o reembolso de valores pagos, nos limites contratados e de acordo com os preços praticados pelo plano/seguro, nos casos em que não for possível a utilização dos serviços contratados ou credenciados pela operadora (ex.: falta de leito, aparelho essencial quebrado, falta de médico especialista etc.).

Considerações Finais

É importante destacar que em vista das constantes regulamentações e alterações da legislação, o consumidor deve sempre se atualizar e se informar para o efetivo exercício de seus direitos, recorrendo no caso de dúvidas ao auxílio dos órgãos de defesa do consumidor.