

Relatório da Consulta Pública nº 37 – Garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde

Encerrou-se no dia 04 de março a Consulta Pública nº 37, criada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para que consumidores, operadoras, gestores, prestadores de serviços e sociedade em geral enviassem contribuições para a proposta da Resolução Normativa (RN), que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

As propostas recebidas foram consolidadas pela equipe técnica e a síntese dos resultados é apresentada neste relatório. Com base nestas contribuições e após apreciação da Diretoria Colegiada e da Procuradoria Geral junto à ANS foi elaborada a redação final da proposta de normativo.

A consulta pública, realizada no período de 03 de fevereiro a 04 de março de 2011 recebeu um total de 2155 contribuições, por meio de formulário específico, disponibilizado no sítio da ANS. As operadoras foram responsáveis pelo envio de cerca de 79% das contribuições da consulta pública, seguidas pelos consumidores, prestadores de serviço e demais entidades representativas do setor. Vale ressaltar que também foram enviadas 849 contribuições por correspondência, correio eletrônico (*e-mail*) e ouvidoria da Agência, em sua maioria referentes às mesmas questões contempladas nas contribuições enviadas pelo sítio da ANS. Tais contribuições são referentes a 106 entidades, sendo que as operadoras foram responsáveis por cerca de 92% destas contribuições.

No gráfico 1, podemos observar que mais da metade das contribuições recebidas refere-se à solicitação de alteração na norma. O gráfico 2 detalha estas contribuições, distribuindo-as por dispositivo da norma.

Gráfico 1 Distribuição das contribuições

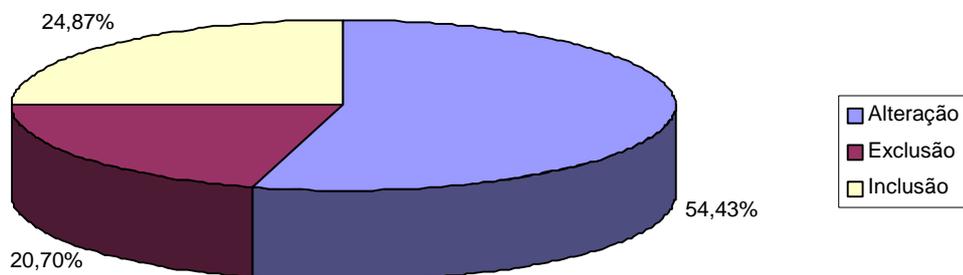
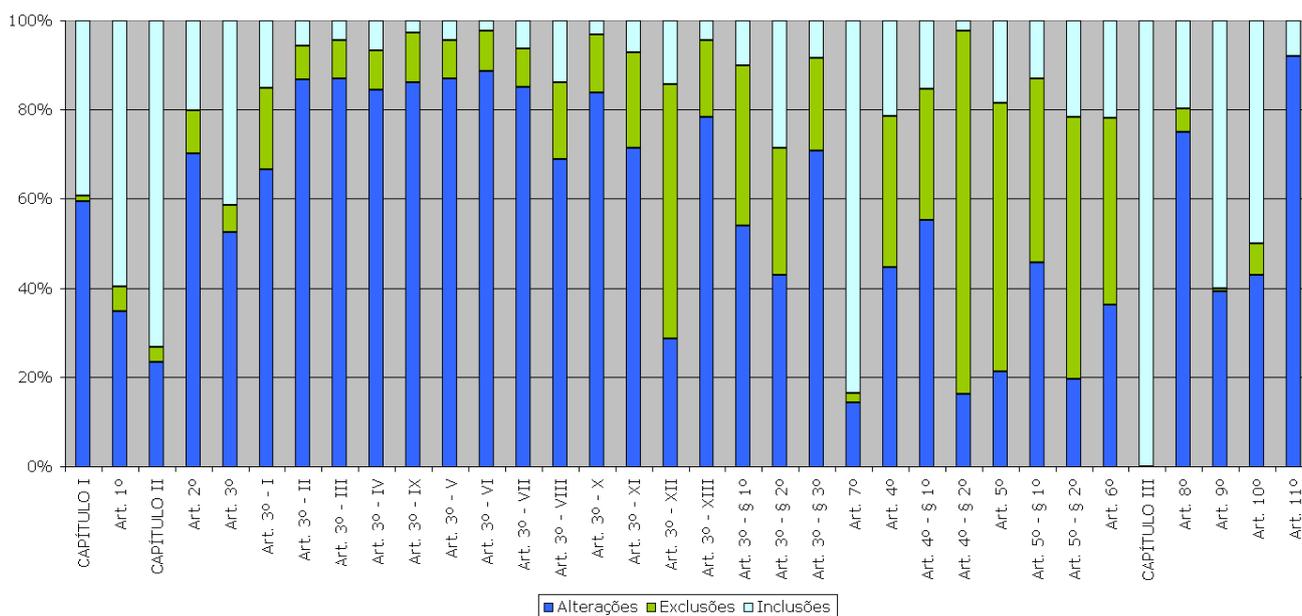
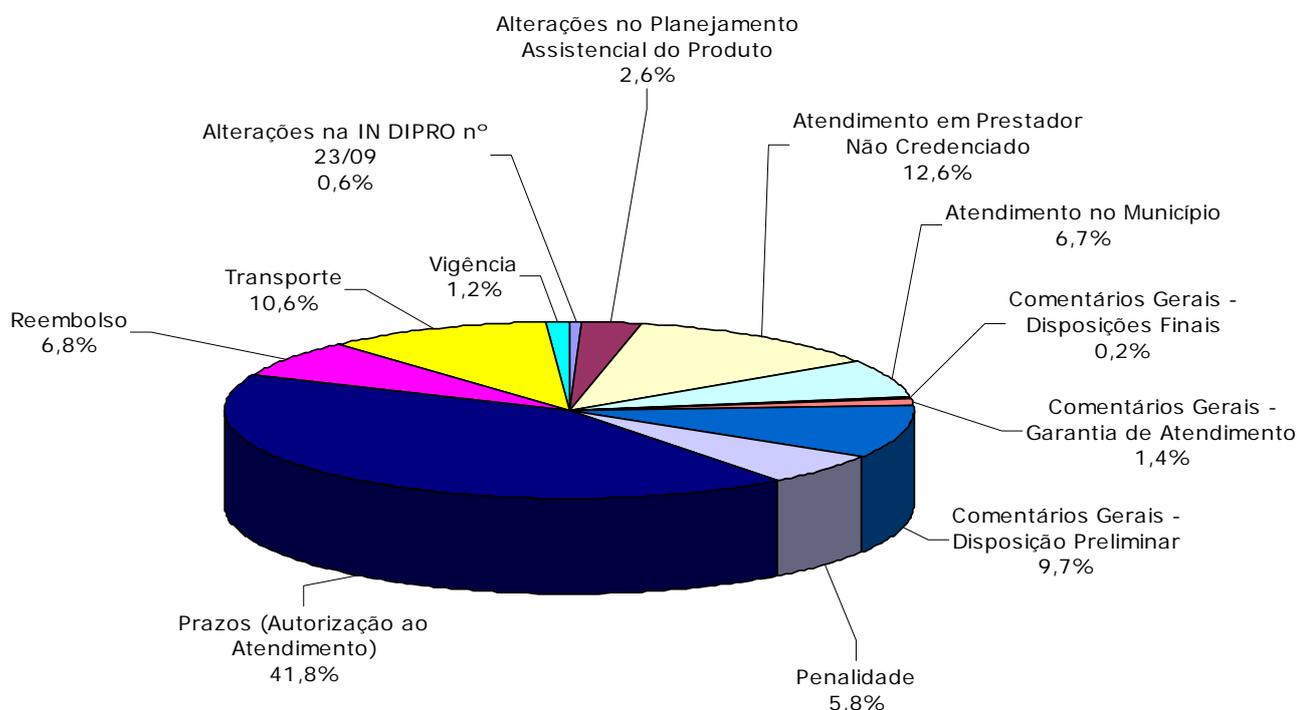


Gráfico 2 - Tipo de contribuição por dispositivo



Os dispositivos foram agrupados nos principais temas e a distribuição percentual das contribuições está representada no gráfico 3.

Gráfico 3 - Distribuição do tipo de contribuição por tema



Da análise das contribuições apresentadas depreende-se que algumas sugestões e comentários encaminhados pelo endereço eletrônico não se referem em conteúdo aos artigos apontados, de modo que pode haver uma diferença mínima real na distribuição das contribuições por item apresentadas nos gráficos 2 e 3.

A seguir apresentamos a consolidação das principais sugestões e contribuições; a manifestação motivada sobre o acatamento ou a rejeição destas; e a identificação das mudanças a serem incorporadas à proposta do ato normativo.

Artigo 1º

Contribuições:

Operadoras opinaram sobre a retirada da palavra "garantia", argumentando que as mesmas se responsabilizam por viabilizar o acesso dos beneficiários à assistência médico-hospitalar.

Análise:

A própria Lei nº 9656/98, em seu Inciso I, Art. 1º, faz uso da palavra “garantia” na definição de Plano Privado de Assistência à Saúde. O Anexo II da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, em redação dada pela RN nº 100, de 2005, também refere a “garantia das coberturas de assistência à saúde contratadas” ao definir Área Geográfica de Abrangência. Assim sendo, a sugestão não foi acatada.

Contribuições:

As manifestações de beneficiários relativas a este artigo continham várias reclamações referentes ao serviço prestado pelas operadoras e demonstraram apoio à norma. Observou-se ainda preocupação com a necessidade de divulgação do normativo junto aos beneficiários, propiciando condições para exigências dos direitos estabelecidos.

Análise:

A ANS estuda a elaboração de material informativo sobre o tema a ser disponibilizado em seu sitio, destinado a orientar e detalhar aspectos concernentes à RN.

Artigo 2º

Contribuições:

As operadoras sugeriram a retirada do termo “existência”, alegando que não é possível garantir a existência de prestadores, mas somente o acesso a estes.

Análise:

O objetivo da norma é que as operadoras garantam o acesso aos prestadores de serviços de saúde. Desta forma, a sugestão foi acatada.

Contribuições:

As operadoras demonstraram preocupação com a redação do artigo, solicitando que fique claro que a garantia do atendimento se dará com a

disponibilização de qualquer prestador apto a realizar o serviço demandado e não um prestador específico, escolhido pelo beneficiário.

Análise:

A sugestão foi acatada. Os prazos estabelecidos pela norma referem-se ao acesso à rede de serviços assistenciais das operadoras e não a um prestador específico. O dispositivo explicitando esta questão foi acrescentado após a discriminação dos prazos para atendimento.

Contribuições:

As operadoras sugeriram que a assistência deve ser garantida em um dos municípios da área de abrangência do plano, conforme explicitado no contrato. Algumas operadoras argumentaram que, independentemente do município em que o atendimento for demandado, a garantia de assistência em um dos municípios integrantes da área de abrangência do plano seria suficiente.

Análise:

A RN nº 85/2004, e suas posteriores alterações, estabelece no seu Anexo II, Item 4, que as operadoras têm obrigação de oferecer a cobertura assistencial contratada pelos beneficiários em todos os municípios que compõem a área geográfica de abrangência do produto. A Instrução Normativa (IN) nº 23, de 1º de dezembro de 2009, e suas posteriores alterações, da DIPRO, explicita esta questão em seu Art. 7º, § 1º: “A operadora deverá garantir prestadores para os serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, **no município onde o beneficiário o demandar**, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência definida no contrato firmado com o beneficiário”. Diante disso, a sugestão não foi acatada.

Contribuições:

As operadoras solicitaram, ainda, que a obrigação da garantia de atendimento se desse somente nos municípios integrantes da área de atuação do plano que contemplem no mínimo 90% dos beneficiários da operadora.

Análise:

Cabe esclarecer que tal parâmetro é adotado pela ANS apenas para o cálculo da pontuação de um dos indicadores que integram a Dimensão de Estrutura e Operação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, revisado anualmente. Adicionalmente, este critério não pode ser considerado para fins de garantia de atendimento, uma vez que todos os beneficiários da carteira do plano têm direito a cobertura assistencial conforme abrangência geográfica e área de atuação do produto contratado, em igualdade de condições.

Artigo 3º

Contribuições:

A maior parte das contribuições das operadoras diz respeito à ampliação dos prazos de atendimento, pois alegam que os prazos estipulados pela norma para determinadas especialidades/serviços não condizem com a realidade praticada pelo mercado; à dificuldade de garantir prestadores em qualquer município do país; e à necessidade de inserção de marco inicial para contagem de prazo nos casos de procedimentos e serviços que não possuam autorização prévia. Houve ainda, solicitações para que os prazos não sejam obrigatórios, e sim referenciais, e ainda, discorrem que em determinadas regiões e municípios do país há certa escassez de profissionais e indisponibilidade de determinados serviços e procedimentos, o que justificaria a necessidade de se estipular prazos diferenciados regionalmente.

Também foram levantadas questões referentes ao estabelecimento de prazo para consulta de retorno, à exclusão das especialidades de cardiologia, ortopedia e traumatologia do grupo de consultas básicas, e à retirada da exceção do procedimento radiografia no inciso IX.

Quanto às contribuições vindas dos consumidores, observou-se uma grande quantidade de manifestações de aprovação à minuta proposta, porém, houve sugestões de alteração para que os prazos sejam reduzidos e contados em dias corridos, ao invés de dias úteis. Foi sugerido ainda que para determinadas especialidades fossem estabelecidos prazos mais curtos, como oncologia e

geriatria, e que alguns procedimentos odontológicos não estavam abrangidos dentro da consulta de odontologia.

Em relação aos órgãos de defesa do consumidor, as principais contribuições foram em relação à redução dos prazos; ao fornecimento ao consumidor de registro numérico (protocolo) para acompanhamento de sua demanda, que possibilite comprovar a data da realização da demanda pelo beneficiário; e à previsão de prazo máximo caso o beneficiário seja encaminhado em consulta básica para consulta com demais especialidades médicas. Apresentaram sugestões de que a ANS estabelecesse uma quantidade mínima de profissionais e serviços por especialidade. Sugeriram, ainda, que seja prevista a garantia de atendimento para os demais serviços ou procedimentos assistenciais não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, mas que estejam previstos em contrato. Foi aludido que determinados prazos máximos estipulados no normativo estão superiores aos já previamente estabelecidos pela Agência, por meio da “Declaração de Suficiência da Rede de Serviços” (Anexo V da RN nº 85/2004, e suas alterações posteriores) e que o esperado seria que ao longo do tempo houvesse uma redução destes prazos, estimulando a melhoria do setor no atendimento ao beneficiário e não o inverso.

Análise:

A RN nº 85/2004, e suas posteriores alterações, prevê o oferecimento de coberturas adicionais não elencadas no referido Rol. Tais coberturas assistenciais não fazem parte das coberturas obrigatórias e seu oferecimento deve obedecer às condições estabelecidas no contrato firmado com o beneficiário. Assim, caso seja estipulado um prazo para o acesso aos serviços adicionais em contrato, este deverá ser obedecido pela operadora, visto constituir obrigação contratual. Em suma, os prazos definidos pela futura norma referem-se exclusivamente à cobertura obrigatória de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, conforme apontam os seus artigos 2º e 3º, e aquelas definidas adicionalmente em contrato não são objeto da presente proposta, por serem livremente negociadas no momento da contratação do produto pelo beneficiário.

Quanto aos prazos diferenciados por região, entende-se que os dispositivos da norma não devem estabelecer privilégios ou reforçar iniquidades

em função do local de residência do beneficiário. O consumidor de determinada localidade em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação pode ser discriminado ou atendido de forma distinta de consumidor de outra localidade. Some-se a isso, que a política estabelecida pelo Ministério da Saúde, o qual esta autarquia encontra-se vinculada, que tem como um dos preceitos do Sistema Único de Saúde o acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde. Nesse sentido, não é aceitável que o normativo estabeleça prazos diferenciados para determinadas localidades do país.

É cediço que em determinadas localidades não há disponibilidade de prestadores para determinados procedimentos e serviços. Considerando esta limitação na oferta de prestadores de serviços e profissionais de saúde, e até mesmo a inexistência dos mesmos, o normativo a ser publicado prevê alternativas de oferecimento da assistência à saúde na hipótese de ausência de prestador no município em que o atendimento for demandado, não sendo, portanto, uma exigência incondicional a existência de prestador credenciado da operadora em todos os municípios do país. A futura norma garantirá que o beneficiário da carteira do plano receba o produto/serviço contratado, isto é, a prestação de serviços de saúde dentro da área geográfica de abrangência e da área de atuação definidas no contrato firmado com a operadora.

Em relação à quantidade mínima de profissionais e serviços, as operadoras de planos de saúde são obrigadas a oferecer todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto. Logo, para garantir a assistência oferecida nos produtos, compete às operadoras formar uma rede de prestadores, seja própria ou contratualizada, compatível com a demanda e com as características do produto ofertado. Assim, a rede de prestadores deve ser suficiente para atender à demanda dos beneficiários, em respeito ao que foi contratado. Ademais, tal tema é objeto de estudos paralelos, em cumprimento à Agenda Regulatória da ANS para 2011 e 2012, no eixo temático “Garantia de acesso e qualidade assistencial” e será tempestivamente normatizado.

Os prazos para atendimento estipulados na minuta de normativo submetida à consulta pública foram baseados na Pesquisa sobre Prazo Médio de

Assistência na Saúde Suplementar, realizada pela ANS junto às operadoras de planos privados de assistência à saúde, no período de 21/06/2010 a 05/07/2010. Portanto, não cabe a alegação de necessidade de ampliação de prazos para compatibilizar com a realidade praticada no mercado de saúde suplementar, uma vez que foram utilizados como referência os próprios prazos praticados pelas operadoras.

Cumprido ressaltar que tal pesquisa não identificou diferenças relevantes no que tange aos tempos para atendimento nas diferentes regiões do país, o que também complementa e respalda a consideração anterior da não regionalização dos tempos.

Em contradição à alegação das operadoras, diversas entidades, como órgãos de defesa do consumidor, associações, profissionais de saúde e beneficiários, sugeriram a redução dos tempos para atendimento, sob pena de possíveis impactos negativos no retardo do acesso do beneficiário aos serviços de saúde. E ainda, que, ao se considerar os dias úteis, os prazos incorreriam em número de dias corridos demasiados para determinados procedimentos.

É importante frisar também que foram identificadas contribuições de operadoras concordando com os prazos estipulados na norma e que inclusive já os praticam.

Ressalta-se que as operadoras, no momento do registro de seus produtos (no período compreendido entre a publicação da RN nº 100/2005 e 31 de dezembro de 2008), já se comprometiam a obedecer a prazos de atendimento ao assinar a “Declaração de Suficiência da Rede de Serviços”, constante do anexo V da RN nº 85, de 2004, alterado pela RN nº 144, de 2 de janeiro de 2007, por meio da qual a operadora declara que “garante o acesso de seus beneficiários em serviços de assistência no prazo máximo de 10 (dez) dias para os procedimentos básicos e consultas e em até 20 (vinte) dias nos procedimentos de maior complexidade”. Não há registro de reclamações por parte das operadoras de que estes prazos não poderiam ser cumpridos.

Portanto, optou-se por manter os prazos tendo como referência o número de dias úteis.

Ressalte-se que a Pesquisa sobre Prazo Médio de Assistência na Saúde Suplementar não tratou expressamente de dias úteis, todavia, foi optado pela manutenção do termo “úteis” tendo em vista que a pesquisa foi uma ferramenta de coleta de dados que serviu como referência para que fossem definidos prazos que não gerassem impactos negativos no setor de saúde suplementar. Ademais, em se tratando de o primeiro normativo desta agência que versa sobre tais prazos, optou-se por tratá-los de maneira conservadora, para acompanhamento e posterior reforma, caso seja detectada a necessidade, garantindo, assim, benefícios ao setor.

Após análise das contribuições, optou-se também por retirar as especialidades médicas de cardiologia e ortopedia e traumatologia do item “I – Consultas básicas”, visto ter sido questionado que tais especialidades não eram consideradas especialidades médicas básicas. A fim de manter-se o conceito do termo, considerou-se a Portaria nº 356, de 20/02/2002, que trata dos Termos Comuns nos Serviços de Saúde do Mercosul, a qual considera como especialidades médicas básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica.

A sugestão da retirada do procedimento de radiologia do inciso VIII deste artigo foi acatada, ficando este procedimento abrangido no inciso X, o qual agrupa os serviços de diagnóstico por imagem. Tal reorganização conferiu à norma melhor compreensão haja vista que o procedimento foi realocado no seu grupo específico (demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial). Cabe ressaltar ainda que com esta nova conformação excluem-se todas as exceções do dispositivo, reduzindo-se conflitos de interpretação. Destaca-se também que os casos que demandem da utilização deste procedimento em caráter de urgência e emergência deverão ser realizados de forma imediata, conforme disposto no inciso XIV, assim, preservando-se o caráter de celeridade na execução do procedimento.

A proposta de definição de marco inicial para início da contagem dos prazos a partir do contato do beneficiário com a operadora não foi acatada. A fundamentação para tal encontra-se na análise do artigo 7º.

Visando à adequação do termo “consulta”, utilizado nos incisos III a VII deste artigo, e sua compatibilização com o Rol de Procedimentos e Eventos

da ANS, alterou-se a redação para a “consulta/sessão” ou “consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista”.

Acatando às diversas sugestões encaminhadas a respeito das consultas de retorno e sobre a garantia do atendimento em qualquer prestador apto para o atendimento e não em um prestador específico, foi proposta a inclusão de dois parágrafos esclarecendo que o prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento, e que a garantia do atendimento se dará com a disponibilização de qualquer prestador e não um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

ARTIGO 4º

Contribuições:

As operadoras demonstraram preocupação quanto à qualidade dos prestadores não credenciados, bem como quanto à possibilidade de descredenciamento em massa dos prestadores.

Análise:

Avaliar a qualidade dos prestadores, credenciados ou não, foge ao escopo desta norma. Entretanto, este tema faz parte da Agenda Regulatória da ANS para os anos de 2011 e 2012, no eixo temático “Garantia de acesso e qualidade assistencial”. Acrescente-se ao exposto, que todos os estabelecimentos de saúde que possuem alvará sanitário de funcionamento atendem as exigências mínimas de qualidade e segurança e estão aptos para atender a população. Quanto ao descredenciamento de prestadores, de fato a norma confere um maior poder de negociação aos prestadores de serviço, reequilibrando a relação de forças no setor de saúde suplementar, cabendo à operadora renegociar seus contratos de forma que as condições sejam atrativas para ambas as partes. Ressalta-se que o objetivo da norma é estimular o credenciamento de prestadores em todos os municípios constantes da área geográfica de abrangência dos planos. Além disso, a formação da área de atuação dos produtos é de inteira governabilidade das operadoras, e a elas cabe sua formatação de maneira adequada e factível. Portanto, para se adequar ao normativo, as operadoras deverão ampliar e redistribuir sua rede assistencial

através de novos credenciamentos ou através da formação de rede própria. Desta forma, a contribuição não foi acatada.

Contribuições:

Foi alegado que seria necessário que o beneficiário informasse a operadora sobre a falta de atendimento para que esta pudesse indicar um prestador com o qual tenha feito algum acordo operacional. Argumentou-se, ainda, que haveria importante impacto financeiro, uma vez que os produtos já comercializados não foram precificados e estruturados de forma a atender ao normativo.

Análise:

A alegação de que os produtos já comercializados não foram precificados e estruturados de forma a atender o normativo proposto seria aceitar que a operadora comercializa produtos que não oferecem cobertura a todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS na área de abrangência geográfica e área de atuação do produto, conforme exigem os itens 4 e 5 do anexo II da RN nº 85, de 2004, e suas posteriores alterações. A norma submetida à consulta pública apenas estabelece fluxos operacionais para o cumprimento das obrigações da operadora para com seus beneficiários já previstas pela legislação em vigor.

A sugestão de que a operadora fosse comunicada pelo beneficiário para que aquela pudesse realizar um acordo operacional com um prestador não credenciado vai ao encontro do objetivo da norma. Desta forma, foi acrescentada a frase “mediante acordo entre as partes” para que fique claro que é responsabilidade da operadora localizar e viabilizar o atendimento do beneficiário em prestador não credenciado.

Considerando que em determinados municípios do país há escassez de prestadores de serviços de saúde, o que poderá acarretar dificuldades na concretização do acordo operacional, optou-se por permitir que a operadora transporte o beneficiário para o prestador credenciado nos casos de falha do acordo operacional.

Contribuições:

Foi alegado que as autogestões não deveriam cumprir o disposto no artigo 4º da proposta levada a consulta pública, pois estão sujeitas ao regime jurídico de direito público, podendo efetuar pagamento apenas com prévio procedimento licitatório e contrato, nos termos do Art. 37 da CRFB, da Lei nº 8.666/93 e Lei nº 4.320/64.

Análise:

As operadoras classificadas na modalidade de autogestão que se submetem à Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, deverão observar os limites desta lei quando do cumprimento deste artigo. Entretanto, não cabe a uma resolução normativa estabelecer a obrigatoriedade do cumprimento da lei, haja vista que todos aqueles que se submetem a ela já estão obrigadas a cumpri-la.

Não foi verificada relevância relativa à Lei nº 4.320/64 que justificasse modificação na minuta do normativo.

Artigo 5º**Contribuições:**

As operadoras solicitaram que seja definido o meio e a via de transporte e que fique explicitado que as despesas decorrentes desse deslocamento, tais como hospedagem e alimentação, não serão de responsabilidade das operadoras. Outras contribuições sugeriram que a obrigação de fornecer atendimento na localidade deve ser limitada a determinado perímetro ou circunscrição territorial. Foi questionada, ainda, a necessidade de garantia de transporte para acompanhantes.

Análise:

Entende-se que a via e o meio de transporte deverão ser escolhidos de maneira a garantir o atendimento aos prazos previstos no art. 3º e respeitando-se as condições de saúde do beneficiário. Em relação às despesas com hospedagem e alimentação, a redação deste artigo não deixa margem para

dúvida que a obrigação refere-se apenas ao transporte. As obrigações relativas a hospedagem e alimentação estão previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, entre outras legislações. Dessa forma, não foi considerada necessária a inclusão de alterações nesse sentido.

Considerando que a faculdade de transportar o beneficiário se dará quando da inexistência de prestadores no município, situação fora da governabilidade da operadora, e considerando a hierarquização dos serviços de saúde do Brasil, tanto privados como públicos, é razoável admitir que para alguns procedimentos o beneficiário precisará se deslocar por iniciativa própria para municípios limítrofes que possuam disponibilidade dos serviços demandados. Tal conformação permitirá que as operadoras ofereçam cobertura em municípios que disponibilizem serviços básicos, mas que sejam limítrofes a um município que possua serviços de maior complexidade. Portanto, a obrigação da operadora de transportar o beneficiário se dará quando da ausência ou inexistência de prestadores no município onde ocorreu a demanda e nos municípios limítrofes a este.

A prerrogativa em questão não poderá se aplicar aos casos de urgência e emergência, haja vista a gravidade dos casos e a necessidade de transporte especializado. Nestes casos, a operadora deverá garantir o transporte mesmo que existam serviços de urgência e emergência nos municípios limítrofes. Assim sendo, tornou-se necessário prever esta situação em artigo independente.

Em relação ao transporte dos acompanhantes, a norma deverá garantir o transporte dos acompanhantes dos beneficiários quando suas condições de saúde ou idade o exigirem, sob pena de limitar o acesso do beneficiário ao serviço de saúde e respeitando-se os princípios da hipossuficiência e da fragilidade destes consumidores. Quanto aos menores de 18 anos, o Estatuto da Criança e do Adolescente veda seu deslocamento desacompanhado. Em relação aos idosos maiores de 60 anos e a pessoas com deficiência ou com necessidades especiais, a pretensa norma visa a preservar os princípios de proteção a estes cidadãos, tendo em vista que o espírito das leis envolvidas busca garantir direitos especiais a estes grupos.

Artigo 6º

Contribuições:

As contribuições sugeriram que o reembolso seja realizado em conformidade com os valores previstos em tabelas próprias ou na média dos valores praticados pelo mercado e após comprovação dos valores desembolsados pelo atendimento. Grande parte das contribuições questiona a legalidade do artigo, alegando que a única previsão de reembolso é dada pelo inciso VI, art. 12, Lei 9.656, restringindo-se aos atendimentos de urgência e emergência. As operadoras demonstraram preocupação com o descredenciamento em massa dos prestadores. Além disso, houve a solicitação de que as condições contratuais do plano de saúde sejam obedecidas, caso o procedimento tenha co-participação ou franquia.

Os órgãos de defesa do consumidor sugeriram que os gastos com transporte também sejam reembolsados.

Os consumidores alegaram que o beneficiário deve ser ressarcido com correção monetária nos exatos termos do art. 42 do Código de Defesa do Consumidor.

Análise:

O artigo 1º, inciso I, da Lei nº 9.656/98, define Plano Privado de Assistência à Saúde, em resumo, como a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde.

Tem-se, portanto, como uma das características essenciais do plano de saúde o fato de que a cobertura ou, ainda, a prestação dos serviços de forma direta pela operadora sejam outorgados aos destinatários da assistência, sem qualquer limite financeiro.

Partindo desta premissa, é certo concluir que a Operadora, ao oferecer ao mercado plano de saúde com determinada abrangência geográfica, deve garantir, antes de tudo, a assistência à saúde aos beneficiários em toda área contratada, sem limite financeiro.

As possíveis áreas de abrangência de um plano são definidas no item 4, do Anexo II, da Resolução Normativa nº 100/2005, que altera a redação da RN nº 85/2005, e cuida, dentre outros temas, do registro dos produtos (planos de saúde), na ANS. São elas:

- 1 – Nacional: em todo o território nacional
- 2 – Estadual: em todos os municípios do Estado
- 3 – Grupo de Estados: em todos os municípios de pelo menos dois Estados limítrofes ou não, não atingindo a cobertura nacional
- 4 – Municipal: em um município
- 5 – Grupo de Municípios: em mais de um e até 50% dos municípios do Estado. Admite-se o agrupamento de município de Estados limítrofes, desde que observado o limite de 50% dos municípios em cada um deles.

Verifica-se, então, que a menor área de cobertura permitida corresponde a um município, indo até a área de abrangência máxima, a nacional, na qual se incluem todos os municípios do país.

Assim, sendo da vontade da operadora ofertar plano de saúde em um determinado município, deverá garantir a assistência à saúde, nos limites deste município. Da mesma forma, sendo o produto Nacional, a cobertura deverá abranger todos os municípios do país.

Para garantir a assistência oferecida nesses produtos, compete às operadoras formar uma rede de prestadores, seja própria ou contratualizada, compatível com a demanda, nos limites da área de abrangência.

Nessa linha de raciocínio, tem-se que a rede de prestadores deve ser suficiente para atender à demanda dos beneficiários, em respeito ao que foi contratado, sendo imputada à operadora a responsabilidade por eventuais falhas na formação desta rede.

É inadmissível, portanto, nessa hipótese, que se arrogue ao beneficiário o custeio de quaisquer serviços de assistência à saúde, cuja cobertura esteja prevista contratualmente.

Da mesma forma, é inaceitável que se limite, sob qualquer pretexto, o reembolso ao beneficiário que, vendo-se impossibilitado de receber atendimento em determinada localidade, dentro da área de abrangência contratada, por ausência de prestadores credenciados, busca atendimento em outros hospitais e/ou de outros profissionais não credenciados, mediante pagamento.

Do contrário, teríamos, além de descumprimento do contrato por parte da operadora, ofensa ao artigo 1º, I, da Lei nº 9.656/98, que garante a cobertura da assistência à saúde sem limite financeiro.

A operadora deve, portanto, ser responsabilizada pelo reembolso integral de despesas suportadas por beneficiário, causadas por eventual falha na prestação dos serviços.

Esse entendimento pode ser visto em decisões judiciais, já não tão recentes, que conferem ao beneficiário o direito ao reembolso integral.

Ademais, sendo a relação jurídica entre o beneficiário e a operadora caracterizada como de consumo, e considerando que o Código de Proteção e Defesa do Consumidor é diploma subsidiário à Lei nº 9.656/98 na regulamentação dos planos de saúde (artigo 35-G, da Lei), tem aplicabilidade ao caso o disposto no seu artigo 14, que assim dispõe:

“Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, **pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços**, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos”.

Dessa forma, a reparação dos danos causados aos consumidores, por eventuais falhas na prestação do serviço, é devida pelo prestador de serviço (operadora), independentemente da existência de culpa.

Deve-se ressaltar que a hipótese de reembolso integral não se confunde com aquela prevista no artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/98, que confere aos beneficiários de planos de saúde o direito a:

“reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, 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”

Assim, apenas nos atendimentos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização de serviços credenciados, por circunstâncias alheias à vontade da operadora, quis o legislador que o reembolso fosse limitado aos preços praticados naquele produto junto à rede de prestadores.

Diante do exposto, não é somente possível, como imperativo que se exija das operadoras o reembolso integral das despesas assumidas por beneficiário em razão de inexistência de prestador credenciado na localidade em que se deu o atendimento, sob pena de cancelarmos um mecanismo que garanta às operadoras a manutenção de rede de prestadores insuficientes no mercado.

Ressaltamos que se trata de situação com caráter estritamente excepcional, ou seja, apenas ocorrerá caso a operadora falhe completamente em oferecer o atendimento (seja por credenciamento, acordo operacional ou por transporte ao prestador de serviços).

Artigo 7º

Contribuições:

Grande parte das contribuições das operadoras dizia respeito à necessidade de que os prazos somente comecem a ser contados a partir da comunicação do beneficiário à operadora e da entrega da documentação necessária à autorização. Foi aventada, ainda, a necessidade de a operadora incluir em seus contratos com a rede prestadora de serviços cláusula referente

ao prazo previsto para a disponibilização do atendimento, ao qual deverá ser dada ampla divulgação aos beneficiários por meio de seus canais de comunicação e comunicados oficialmente à ANS.

Análise:

O marco inicial para contagem dos prazos se dá a partir da demanda do beneficiário. Para os procedimentos que dispensam autorização prévia da operadora, a demanda será espontânea com busca ativa do serviço pelo próprio beneficiário. Para os procedimentos que necessitam de autorização, a demanda pelo procedimento se iniciará pela própria solicitação do beneficiário de autorização junto à operadora. Estabelecer que para qualquer procedimento o prazo só comece a contar a partir do contato com a operadora, poderia ser usado como forma de mecanismo de regulação, limitando o acesso do beneficiário de forma espontânea à rede assistencial da operadora. Para evitar que os prazos sejam desrespeitados, as operadoras devem dimensionar e distribuir adequadamente sua rede assistencial e estabelecer mecanismos de ampliação de sua rede assistencial sempre que o aumento no número de beneficiários vinculados aos planos ultrapassar determinado patamar.

Frise-se que o padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS) permite o controle das datas de solicitação de procedimentos, mesmo que não necessitem de autorização prévia.

Estabelecer em contrato a obrigação do prestador de garantir o atendimento dentro dos prazos previstos na norma é transferir para o prestador a responsabilidade que é da operadora. É a operadora que deve aumentar o número de prestadores habilitados para prestar determinado atendimento, caso não seja possível realizá-lo no prazo estabelecido, e não um prestador específico que deve adequar sua agenda para atender a operadora.

Ante todo o exposto, a contribuição não foi acatada.

Artigo 8º

Contribuição:

Foi sugerida a possibilidade de revogação do art. 7º-A da Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, haja vista a publicação dos prazos máximos.

Análise:

O Planejamento Assistencial do Produto foi estabelecido para preencher uma lacuna regulatória, uma vez que não havia regulamentação estabelecendo prazos para atendimento nem parâmetros de suficiência de rede. Ao preencher o Planejamento Assistencial do Produto no momento do registro do produto, a operadora se compromete a oferecer o atendimento dentro dos prazos por ela estabelecidos e indica na coluna “Ajuste de Rede” qual é a proporção mínima de profissionais e serviços em relação ao número de beneficiários a ser mantida para viabilizar o cumprimento dos referidos prazos. Com a publicação da norma, a ANS estabelecerá o prazo máximo a ser cumprido por todas as operadoras. Assim sendo, a informação do prazo em que a operadora oferecerá aos seus beneficiários o acesso aos serviços perde sua eficácia, haja vista que não poderá ser superior ao prazo estabelecido pela ANS. Acrescente-se ao exposto que a operadora só poderá ser punida se descumprir o disposto na norma. A existência de dois prazos, um estabelecido pela norma e um informado pela operadora, poderá gerar dúvida acerca de qual deles deverá ser utilizado para fins de aplicação de penalidades. Em relação ao “Ajuste de Rede”, a informação terá aplicabilidade para fins de monitoramento e visitas técnicas às operadoras, pois até o momento não existem critérios quantitativos de suficiência de rede.

Considerando que para os produtos que irão operar exclusivamente na modalidade de livre acesso de prestadores é vedada a formação de rede credenciada de prestadores de serviço, estes deverão estar desobrigados de informar o Ajuste de Rede e, por conseguinte, o Planejamento Assistencial do Produto.

Artigo 9º

Contribuições:

Tanto operadoras quanto beneficiários sugeriram que a norma identifique de maneira explícita os tipos de sanções a que estarão sujeitas as operadoras nos casos de descumprimento das disposições.

Foram recebidas ainda contribuições de algumas operadoras sugerindo que a penalização pelo descumprimento da nova norma tenha caráter educativo, prevendo a sanção de advertência, e que não haja punição nos casos de indisponibilidade eventual de serviço.

Análise:

As sanções, de advertência ou multa, já estão dispostas na RN N° 124 de 30 de março de 2006, que trata da aplicação de penalidades nos casos de infração à legislação dos planos privados de assistência à saúde. Desta forma, cabe ao órgão regulador o enquadramento da infração praticada. Da mesma forma, a ANS, de acordo com as sanções discriminadas na RN 124/06, bem como com a gravidade e as consequências do caso e porte econômico da operadora, estabelecerá qual a penalidade será imposta, que, a critério da autoridade julgadora, poderá ser aplicada isolada ou cumulativa, quando houver previsão de mais de uma sanção, conforme art. 3º desta resolução.

Ante todo o exposto, a contribuição não foi acatada.

Artigo 11

De maneira geral, as operadoras solicitaram que o prazo para a vigência da norma seja ampliado, argumentando que haverá a necessidade de ampliação da rede de assistência para atendimento nos prazos previstos, adaptação do sistema de informática para comportar pagamentos a prestadores não credenciados, treinamento da equipe operacional e revisão das notas técnicas atuárias dos produtos.

Análise:

A sugestão de estabelecer prazo para início da vigência da norma foi acatada considerando que o objetivo da norma é estimular o credenciamento de prestadores de serviços. Assim as operadoras terão tempo para reestruturar sua rede assistencial e seus fluxos operacionais para atendimento ao que preconiza a futura norma, assim como a proceder ao estudo das alterações provenientes da consulta pública.

Inclusão de novos artigos

Foram incluídos textos sobre a garantia do transporte nos casos de urgência e emergência, a garantia de transporte para os acompanhantes dos beneficiários menores de 18 anos, maiores de 60 anos e pessoas com deficiência/necessidades especiais e previsão para aplicação da norma a todos os planos em operação, inclusive aos planos anteriores à Lei nº 9.656/98.

Com as contribuições recebidas dá-se por concluído o Relatório da Consulta Pública nº 37, de 2011, sobre garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.