

## **PLANO DE SAÚDE**

É um contrato que visa garantir a cobertura dos gastos decorrentes com assistência médica, hospitalar e ambulatorial, que são prestadas pela rede assistencial fornecida pela operadora do plano privado de assistência à saúde para os consumidores, seguindo os comandos da Lei 9.656/98, que traça a regulamentação do setor. Os planos privados de assistência à saúde desempenham importante papel no Setor de Saúde do País em virtude do limitado desempenho do Sistema Único de Saúde – SUS. De acordo com a norma supracitada, define-se plano privado de assistência à saúde como sendo a 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 a expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. Por sua vez, a Lei estabelece que operadora de plano de assistência à saúde é a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão que opere os serviços em análise. As operadoras de planos de saúde estão subordinadas às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tanto para a autorização de funcionamento quanto para a prestação de serviços. A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial. No dia 11 de janeiro de 2010, a Agência Nacional de Saúde Suplementar publicou a Resolução Normativa 211, com vigência a partir de 07/06/2010, atualizando o rol de procedimentos e eventos em saúde, constituindo a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixando as diretrizes de atenção à saúde. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos implicará as seguintes obrigações e direitos: o consumidor de

determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano; a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos; a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. Ao consumidor que contribuir para os serviços descritos, em decorrência de vínculo empregatício, 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, desde que assuma o seu pagamento integral. Tal benefício é extensivo a todo o grupo familiar. O aposentado também pode manter seu plano de saúde desde que assuma seu pagamento integral. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde. As condições comentadas deixarão de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional. Os contratos têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. As operadoras podem substituir a entidade hospitalar que presta os serviços, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. Se tal substituição ocorrer durante período de internação, a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor. De acordo com a Resolução Normativa 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a atenção à Saúde na Saúde Suplementar deverá

observar os seguintes princípios: atenção multiprofissional; integralidade das ações respeitando a segmentação contratada; incorporação de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, bem como de estímulo ao parto natural; uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos em debate devem constar dispositivos que indiquem com clareza: as condições de admissão; o início da vigência; os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames; as faixas etárias e os percentuais de reajuste; as condições de perda da qualidade de beneficiário; os eventos cobertos e excluídos; o regime, ou tipo de contratação: individual ou familiar, coletivo empresarial, ou coletivo por adesão; a franquia, os limites financeiros ou o percentual de coparticipação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária; a área geográfica de abrangência; os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias; número de registro na ANS. Todo consumidor titular de plano individual ou familiar receberá obrigatoriamente, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais do plano de saúde, objeto do contrato, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações. (BRASIL. Lei Ordinária nº 9.656 de 03 de junho de 1998 – Medida Provisória nº 2.177-44 de 24 de agosto de 2001, que dispõem sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.) (Resolução Normativa nº 211 de 11 de janeiro de 2010, da Agência Nacional de Saúde Suplementar que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, constituindo a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.)

**LEANDRO GHIZINI SMARGIASSI**

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução Normativa nº 211, de 11 de janeiro de 2010.* Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência

básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 01 de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=1974&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1974&id_original=0)>. Acesso em: 12 set. 2010.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*, 04 jun. 1998.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.177- 044, de 24 de agosto de 2001, Altera a Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 27 ago. 2001.