

PRODUTOS

São notórias as inúmeras alterações trazidas pela Lei nº 9.656/98 aos planos de saúde. Mas no que se refere aos produtos (planos) comercializados pelas Operadoras de planos privados de assistência à saúde, as alterações, além de evidentes, inauguram uma nova fase no mercado de saúde suplementar no nosso país.

Com o surgimento da regulamentação dos planos privados de assistência à saúde, foi conceituado pela Lei 9656/98 como produtos subordinados às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, 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 à assistência médica, hospital 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 consumidor.

A legislação de planos privados de assistência à saúde, visando proteger o consumidor de cláusulas contratuais abusivas, especialmente a pessoa física considerada hipossuficiente, trouxe dispositivos legais inovadores acerca dos possíveis tipos de contratação, segmentações assistenciais, padrão de acomodação, coberturas mínimas, abrangência geográfica entre outras características, que foram sofrendo ao longo dos anos algumas alterações em suas interpretações por parte da ANS.

Os planos de saúde contratados a partir de primeiro de janeiro de 1999 são, portanto chamados de **planos regulamentados**, por estarem regidos pela Lei 9656/98 e demais regulamentações posteriores. Os firmados anteriormente a esta data, são ditos **planos não regulamentados**, e possuem características próprias, definidas em seus contratos.

1. CARACTERIZAÇÃO DE UM PRODUTO, nos termos da RN nº 100/05:

Um produto de assistência à saúde suplementar é definido por um conjunto de características. As principais características que diferenciam produtos de assistência à saúde suplementar, nos termos da regulamentação vigente são:

- Nome do plano;
- Tipo de contratação;
- Segmentação assistencial;
- Padrão de acomodação em internação;
- Área de abrangência geográfica;
- Rede hospitalar;
- Fator moderador;
- Formação de preço;
- Participação financeira da pessoa jurídica contratante (planos coletivos);
- Acesso a livre escolha de prestadores;
- Serviços e coberturas adicionais àquelas mínimas previstas na legislação.

4.1. Regime ou tipo de contratação

O artigo 16 da Lei 9.656/98 admite apenas três tipos de contratação entre Operadoras de plano e saúde e consumidores, que poderão ser firmados com pessoas físicas, denominados individuais ou familiares ou com pessoas jurídicas, denominados coletivo empresarial e coletivo por adesão.

4.1.1. Planos individuais ou familiares

Contratos Individuais/Familiares: Aqueles oferecidos no mercado para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem grupo familiar. Nestes planos, a ANS aprova e divulga o índice de reajuste anual.

4.1.2. Planos Coletivos

Contratos Coletivos Empresariais: Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária. O ingresso do grupo

familiar previsto no inciso VII do § 1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência a saúde. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de clientes igual ou superior a 30 vidas não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência. No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de clientes igual ou superior a 30 vidas não poderá haver cláusula de agravo (*) ou cobertura parcial temporária (**), nos casos de doenças ou lesões preexistentes. O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante.

() Agravo – é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a Operadora e o beneficiário. O agravo deve ser aplicado apenas à patologia ou lesão que requeira evento cirúrgico, e/ou uso de leitos de alta tecnologia, e/ou procedimentos de alta complexidade, exclusivamente relacionados a ela.*

*(**) Cobertura Parcial Temporária (CPT) – é 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 beneficiário ou seu representante legal, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.*

Contrato Coletivo por Adesão - é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

- I - conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II - sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- III - associações profissionais legalmente constituídas;
- IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- VI - entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985; e

VII - outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de operadoras - DIOPE.

No plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo. O contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão poderá conter cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da resolução específica em vigor. O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante.

4.2. Segmentação Assistência

A segmentação assistencial é a combinação das coberturas que compõe um plano de saúde. Estas combinações são padronizadas, devendo ser respeitado o conjunto de coberturas mínimas. As coberturas mínimas para que um plano de saúde seja estabelecido estão divididos nos seguintes grupos:

1. Ambulatorial;
 2. Hospitalar;
 3. Obstetrícia;
 4. Odontologia.
- O Plano ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares.
 - Já os planos que preveem internações hospitalares, devem cobrir atendimentos em unidade hospitalar, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência.

- Plano que inclui atendimento obstétrico compreende toda a cobertura definida para as internações hospitalares, acrescidas dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto.
- E finalmente, quando incluir atendimento odontológico, o plano compreenderá todos os procedimentos listados no Rol Odontológico previsto na RN nº 154/07, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia.

As segmentações assistenciais supracitadas podem ser oferecidas de forma individual ou combinadas como abaixo relacionadas:

1. Ambulatorial;
2. Hospitalar com Obstetrícia;
3. Hospitalar sem Obstetrícia;
4. Odontológico;
5. Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
6. Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia;
7. Ambulatorial + Odontológico;
8. Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico;
9. Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico;
10. Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico;
11. Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico;
12. Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia – Padrão de Acomodação Coletiva).

4.3. Padrão de acomodação em internação

Um plano de saúde que contemple a cobertura hospitalar deverá prever em seu contrato o tipo de acomodação que será garantido aos beneficiários deste plano caso seja

realizado tratamento em regime de internação hospitalar. Atualmente no Brasil existem quatro tipos de acomodação que são as mais comumente encontradas nas entidades hospitalares:

1. Enfermaria: quarto hospitalar com dois ou mais leitos;
2. Semi-privativo: quarto hospitalar com dois leitos e banheiro privativo;
3. Privativo: aposento com único leito, banheiro privativo;
4. Suíte: aposento com único leito, dois ambientes – quarto e ante-sala.

Mas para fins de registro de planos de assistência à saúde suplementar, a ANS apenas admite dois tipo de acomodação hospitalar:

1. Individual (apartamento ou suíte);
2. Coletiva (enfermaria ou semi-privativo).

4.4. Área de Abrangência Geográfica

A área de abrangência de um plano de saúde corresponde ao limite geográfico que a Operadora se compromete garantir em todas as coberturas de assistência à saúde que foram contratadas pelo beneficiário. Assim, a área de abrangência geográfica é do plano e não da Operadora, podendo uma mesma operadora dispor de diversos planos com área de cobertura diferentes.

A regulamentação dos planos privados de assistência à saúde define cinco possíveis áreas de abrangência geográfica para que as Operadoras enquadrem seus planos, são elas:

1. Nacional: quando disponibiliza aos usuários atendimento em todo o território nacional;
2. Grupo de estados: quando o atendimento engloba todos os municípios de pelo menos dois estados limítrofes ou não, não atingindo a cobertura de todo o território nacional. Exemplo: Minas Gerais e Rio de Janeiro;
3. Estadual: no caso em que abrange a totalidade dos municípios de apenas um estado. Ex.: Paraná.
4. Grupo de Municípios: plano que oferece atendimento em mais de um e até 50% dos municípios de um Estado.

São também considerados grupos de municípios os planos que agrupam municípios de estados limítrofes, desde que observado o limite de 50% dos

municípios em cada um deles. Exemplo 1: Barueri, Guarulhos, Santo André, São Bernardo do Campo e Osasco. Exemplo 2: Porto Alegre, Florianópolis e Curitiba.

5. Municipal: nos casos em que o plano disponibiliza atendimento apenas em um município. Também chamado de Local. Ex.: Taubaté/SP.