

PLANOS DE SAÚDE

COMISSÃO DE DIREITO DO SEGURO
E RESSEGURO DA OAB SP



ESTA CARTILHA TRATARÁ DOS **PLANOS
PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE,**
INSERIDOS NO RAMO DA CHAMADA **SAÚDE
SUPLEMENTAR**

2023

Cartilha de Planos de saúde

Nas palavras da Presidente da Ordem dos Advogados do Brasil – São Paulo, “nós [advogados] somos o farol da sociedade”¹.

Com o compromisso de iluminar os caminhos do público assistido pela OAB, a Comissão Especial de Direito do Seguro e Resseguro lança a Cartilha dos Planos de Saúde, primeira de uma série de cartilhas sobre temas afetos ao direito do seguro.

Tenha-se em mente que a atuação das operadoras de saúde está vinculada aos princípios e objetivos constitucionais, entre os quais se inclui o desenvolvimento econômico e social do país.

Ao tratar especificamente sobre a saúde, a Constituição Federal explicita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” e “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (arts. 196 e 197, respectivamente).

Portanto, a atuação normativa e regulamentar a cargo da Agência Nacional de Saúde, assim como os conteúdos contratuais elaborados pelas operadoras de saúde devem se amoldar ao citado objetivo fundamental, cumprindo ao Estado e aos demais integrantes do setor agirem de maneira compassada com ele, dentro dos quadrantes da política de saúde. De igual maneira, as diretrizes postas na Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre os planos de assistência à saúde, devem ser lidas à luz dos princípios e objetivos constitucionais, amoldando-se à política de saúde fixada pela Estado.

Todas as informações desta Cartilha foram expostas partindo-se desta compreensão: o regramento jurídico dos planos privados de assistência à saúde deve observar e respeitar todos os princípios e objetivos constitucionais, em especial o desenvolvimento econômico e social do país, tendo como norte o acesso aos serviços de saúde por toda a população.

Assinam esta Cartilha:

Diretoria da Comissão

Ernesto Tzirulnik

Inaê Siqueira

Juliana Decausseau Machado

Luiza Perrelli Bartolo

¹ Declaração feita pela Presidente Patricia Vanzolini em reunião-almoço no Instituto dos Advogados de São Paulo, em 21.11.22 (cf. <https://jornaldaadvocacia.oabsp.org.br/noticias/para-patricia-vanzolini-os-advogados-sao-o-farol-da-sociedade/>)

Membros do Grupo:

Alexandre Uehara
Andrea Signorino
Antonio Pedro Raposo
Marcel Brasil de Souza Moura
Marcio Malfatti
Raphael Blaselbauer
Sandro Raymundo
Tiago Gonçalves
Thais Arza

Coordenação do Grupo de Seguros Saúde:

Nei Vieira Prado Filho

Saúde Suplementar:

É o conjunto de ações e atividades destinadas ao fornecimento/custeio de assistência privada à saúde por pessoa jurídica privada, desvinculadas do SUS, definida como plano privado de assistência à saúde.

De raiz constitucional, tem regulamentação específica pela Lei 9.656/1998, a chamada Lei de Planos de Saúde, e por expedientes normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - e se sujeita, ainda, ao Código Civil, ao Código de Defesa do Consumidor, ao Estatuto do idoso e leis esparsas.

A. Seguro e plano de saúde — Plano Privado de Assistência à Saúde:

A principal diferença entre o seguro saúde e o plano de saúde é de ordem operacional, pois o seguro reembolsa serviços prestados por terceiros e o plano de saúde assume, em regra, a obrigação de prestar o serviço ao consumidor por meio de prepostos.

No seguro saúde a seguradora (operadora de plano de assistência à saúde), mediante o pagamento do prêmio (mensalidade) pelo segurado (consumidor) ou estipulante, garante riscos relacionados às despesas médico-hospitalares (lesão, enfermidades etc.). Há, aqui, o reembolso, por parte da seguradora especializada exclusivamente no ramo de saúde, dos gastos incorridos pelo segurado mediante sua livre escolha relativamente aos profissionais, laboratórios e/ou hospitais da rede referenciada a serem utilizados, até o limite estabelecido no contrato de seguro. Em outras palavras, se o segurado escolher profissionais, laboratórios e/ou hospitais da rede referenciada, ele não precisará desembolsar quaisquer valores, pois a seguradora pagará diretamente ao prestador.

O plano de saúde, por sua vez, é contrato em que o serviço de assistência médica é prestado, em regra, pelos profissionais e estabelecimentos credenciados pela operadora contratada. O consumidor, mediante pagamento antecipado e periódico de valor estabelecido, recebe a contraprestação de uma empresa operadora de plano de saúde por meio da disponibilização de tratamentos e atendimentos médico-hospitalares em caso de lesões e enfermidades.

Apesar de produtos distintos, com a Lei de Planos de Saúde as duas formas contratuais têm o mesmo tratamento legal e recebem a denominação comum de Plano de Assistência à Saúde.

B. Conceito de Segurado e Dependente:

Segurado é a pessoa física que celebra o contrato diretamente com a operadora do plano de saúde. Nos planos coletivos, é a pessoa que mantém vínculo empregatício ou classista para usufruir o benefício.

Dependente é a pessoa física que usufrui do benefício pelo seu vínculo familiar com o segurado, sendo que o plano de assistência à saúde que usufrui segue as mesmas regras de assistência aplicáveis ao segurado.

C. Conceitos de rede assistencial, segmentação, cobertura e limite territorial.

As operadoras de planos de saúde são obrigadas a definir, contratualmente, as condições assistenciais que serão asseguradas aos segurados/beneficiários e/ou dependentes, as quais incluem os seguintes itens: rede assistencial, segmentação, cobertura e limite territorial.

A **rede assistencial** corresponde aos hospitais, clínicas, médicos e demais profissionais da área de saúde e laboratórios que são credenciados e poderão ser usados pelos segurados e/ou os seus dependentes, quando houver.

A **segmentação e a cobertura** correspondem ao tipo de cobertura que é dada pelo plano de assistência à saúde (atendimento ambulatorial, hospitalar e de obstetrícia).

As operadoras de planos de saúde devem sempre oferecer o plano referência, com a possibilidade de o contratante optar por outro, superior

O **plano referência** assegura cobertura para atendimento ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e garantia ao tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10), da Organização Mundial de Saúde, conforme a segmentação do plano, sem prejuízo de eventos e procedimentos não compulsórios no plano referência previstos pelo artigo 10, Lei nº 9.656/1998.

Os planos de assistência à saúde com **atendimento ambulatorial** garantem (i) consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas; (ii) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico

assistente e (iii) cobertura de tratamentos de câncer domiciliar de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes.

Não fazem parte do atendimento ambulatorial a cobertura para os eventos de (i) terapia intensiva, (ii) internação hospitalar ou (iii) procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem apoio estrutural hospitalar por período superior a doze horas.

Os planos de assistência à saúde com **internação hospitalar** garantem (i) internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas; (ii) internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade; (iii) despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, (iv) exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e acompanhamento da doença, incluindo equipamentos, medicamentos, e outros itens durante o período de internação hospitalar; (v) taxas e materiais necessários para remoção e transferência do paciente para outro hospital que esteja incluído no limite territorial do plano; (vi) despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos; (vii) tratamentos para câncer ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos e hemoterapia.

Os planos de assistência à saúde com **atendimento obstétrico** devem assegurar (i) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; e (ii) não há carência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, desde que a inscrição no plano de saúde ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

O **limite territorial** se refere à área geográfica em que há cobertura pelo plano de assistência à saúde (municípios, estados).

D. Declaração no momento da contratação do seguro

A declaração pessoal de saúde (DPS) é o documento que deve ser preenchido pelo consumidor no momento da contratação do plano de assistência à saúde em que são questionados aspectos relacionados à sua saúde. É nesse momento que a operadora de plano de assistência à saúde vai avaliar o risco que irá subscrever, ou seja, é por meio da autodeclaração do consumidor, principalmente no que se refere à existência ou não de lesões/enfermidades no momento da contratação, que a operadora irá definir o valor da mensalidade/prêmio, aceitar ou não a contratação, entre outros.

E. Carência e cobertura parcial temporária.

Carência

Quando se contrata um plano de assistência à saúde é possível que, no período inicial da contratação, o beneficiário ainda não tenha direito de usufruir determinadas coberturas. Esse período inicial é chamado de carência e possui respaldo na lei.

A Lei Federal nº 9.656/98 estabelece prazos máximos de carência, quais sejam: a) 300 dias para partos a termo; b) 180 dias para os demais casos; e c) 24 horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência. Esses prazos devem ser observados pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

Cobertura parcial temporária

Pode ocorrer que, no momento da contratação, o beneficiário já tenha ciência de alguma doença ou lesão da qual seja portador. Em tais hipóteses, a doença ou lesão é denominada preexistente.

De acordo com a Lei Federal nº 9.656/98, as operadoras de planos de assistência à saúde não são obrigadas a prestarem cobertura, nos 24 primeiros meses da contratação, para quaisquer doenças ou lesões preexistentes, desde que previsto no contrato. Durante esse prazo, a lei admite que a operadora do plano de assistência à saúde preste cobertura parcial, deixando de cobrir Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente a tais doenças ou lesões preexistentes. É necessário, contudo, que a operadora demonstre a prévia ciência do beneficiário a esse respeito.

Agravo

De acordo com a regulamentação da ANS, admite-se o pagamento de contraprestação pecuniária denominada agravo, a fim de que o beneficiário tenha, desde o período inicial da contratação, cobertura integral para a doença ou lesão preexistente, após o decurso dos prazos contratuais de carência, se houver.

F. Conceito de plano individual, coletivo e coletivo por adesão.

Os planos privados de assistência à saúde podem ser contratados de 3 formas distintas. São os Regimes de Contratação: Individual e Familiar, (ii) Coletivo Empresarial e (iii) Coletivo Por Adesão.

F.1. Planos Individuais e familiares

Dinâmica da Contratação: Os planos individuais e familiares são contratados diretamente pelo segurado/beneficiário, somente para si (individual) ou para seu grupo familiar (familiar). Nos planos individuais e familiares o contratante e o segurado/beneficiário são a mesma pessoa.

Vigência: É de no mínimo 1 (um) ano, com renovação automática a partir do final do primeiro período, podendo se prolongar por toda a vida do(s) segurado(s)/beneficiário(s) se este cumprir suas obrigações.

Pagamento do Prêmio/Mensalidade: Cabe ao segurado/beneficiário.

Renovação do Contrato: É sempre automática, cabendo a expressa e prévia manifestação do segurado/beneficiário caso não pretenda renová-lo. Não há previsão de não renovação imotivada pela operadora. A operadora não pode cobrar qualquer valor do segurado/beneficiário como taxa de renovação do contrato.

F.2. Planos Coletivos Empresariais e por Adesão

Os **planos coletivos empresariais** são contratados por pessoa jurídica ou empresário individual em proveito das pessoas que com eles mantêm relação de emprego ou estatutária (contrato de trabalho entre pessoa física e Poder Público), enquanto os **planos coletivos por adesão** são contratados por pessoa jurídica em proveito das pessoas que com ela mantêm relação de caráter profissional, classista ou setorial.

Dinâmica da Contratação: os planos coletivos (empresarial e por adesão) são firmados entre a operadora de plano de assistência à saúde e uma pessoa jurídica ou empresário individual, denominado estipulante. Ao contrato firmado com a operadora (chamado contrato mestre), as pessoas vinculadas às pessoas jurídicas ou empresários individuais podem aderir, passando a figurar como segurados/beneficiários a partir da adesão. Cabe ao estipulante/contratante comunicar a operadora sobre a entrada e a saída dos segurados/beneficiários do grupo segurado.

Vigência: São sempre contratados por prazo determinado, com a possibilidade de renovação automática, respeitado o prazo de antecedência para a parte manifestar seu interesse de não prosseguir com o contrato ao final do período.

Pagamento do Prêmio/Mensalidade: Cabe ao estipulante/contratante (PJ ou EI) o pagamento do prêmio ou mensalidade à operadora, independente de se exigir dos segurados/beneficiários contribuição para a formação do prêmio ou mensalidade; quando exigir contribuição deverá, o estipulante/contratante, cobrar a cota parte do seu funcionário ou associado.

Renovação do Contrato: A renovação dos planos coletivos pode ser automática ou negociada entre as partes contratantes, ao final do seu período de vigência. A operadora não pode cobrar qualquer valor do segurado/beneficiário ou contratante (coletivos) a título de “taxa de renovação”, nem impor novos prazos de carência.

F.3. Planos Coletivos com Menos de 30 (trinta) Vidas

Os planos coletivos devem estabelecer, previamente à oferta de comercialização, o número mínimo de vidas seguradas para sua manutenção. Esse número importa, muitas vezes, para determinar algumas condutas, nos termos das normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS -, como para impor Carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT), vedada para os com mais de 30 vidas, de acordo com regras de adesão, e para os reajustes anuais, que impõem à operadora agrupar todos os contratos com até 29 vidas da sua carteira para um reajuste único (vide os tópicos específicos).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS – autoriza a reunião de pessoas jurídicas ou empresários individuais para contratar planos coletivos, diretamente ou por administradora de benefícios.

G. Formas de custeio de plano de saúde.

São as formas pelas quais são fixados os preços a serem pagos pelos segurados/beneficiários como contraprestação aos serviços prestados pelas operadoras de plano de saúde. Divide-se em pré-estabelecido e pós estabelecido:

G.1. Pré-Estabelecido

Nesta modalidade, o preço é calculado antes da realização das despesas assistenciais, mediante o pagamento de mensalidade/prêmio.

São duas as modalidades possíveis:

- (i) Custo Médio: calculado para um determinado grupo, nos planos coletivos, ou para toda a vida do segurado, nos planos individuais e familiares. Não se sujeitam à alteração em razão da idade do segurado/beneficiário;
- (ii) Faixa Etária: o preço é calculado de acordo com a faixa etária que está o segurado/beneficiário, alterando-se sempre que atingida determinada idade estabelecida no contrato;

G.2. Pós-Estabelecido

O preço é calculado depois de realizada a despesa assistencial pelo segurado/beneficiário e só se admite nos planos coletivos.

São duas as modalidades possíveis:

- (i) Rateio - o valor das despesas assistenciais é dividido entre todo o grupo segurado, independentemente de quem utilizou;
- (ii) Custo Operacional – o valor das despesas assistenciais é integralmente repassado à pessoa jurídica contratante, o estipulante.

H. Mensalidade, contribuição e coparticipação:

H.1. Mensalidade ou contraprestação pecuniária é o valor pago pelo segurado como contrapartida à garantia fornecida pela operadora do plano de saúde.

H.2. Contribuição é o valor pago total ou parcialmente pelo consumidor para custear a sua mensalidade no plano coletivo. O plano coletivo é contratado pela empresa empregadora e consiste em um benefício em favor do empregado.

H.3. Coparticipação ou Franquia é o valor pago pelo consumidor na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica cobertos pelo seu plano de assistência à saúde. Ou seja, o consumidor não paga esses valores mensalmente, mas somente quando utiliza o plano de saúde.

Observação: O valor pago pelo consumidor, para custear a mensalidade de seus dependentes ou agregados no plano coletivo, não configura contribuição. O valor pago pelo consumidor, a título de franquia ou coparticipação, também não configura contribuição.

I. Reajuste nos planos de assistência à saúde:

Os reajustes nos planos de assistência à saúde consistem na adequação dos preços cobrados pelas operadoras em razão de algumas variáveis, como os custos médico-hospitalares (reajuste anual), a mudança de faixa etária dos segurados/beneficiários e o volume da sinistralidade.

I.1. Reajuste por variação dos Custos Médico-hospitalares ou Reajuste Anual:

É aplicado uma vez por ano e sua razão é a correção do valor da mensalidade baseado na chamada “inflação dos custos médicos” no período.

Para os Planos individuais e familiares o percentual de reajuste é autorizado pela ANS, enquanto para os Planos Coletivos é calculado pelas próprias operadoras (a partir de critérios técnicos, cuja metodologia e dados utilizados devem estar disponíveis à consulta) e comunicado à ANS.

Em relação aos Planos Coletivos há, para fins do reajuste, uma distinção entre os contratos com menos de 30 segurados/beneficiários e os com pelo menos 30 segurados/beneficiários. Para os primeiros, a operadora é obrigada a agrupar todos os contratos da sua carteira com menos de 30 segurados/beneficiários para o cálculo do reajuste, que deverá ser no mesmo percentual para todos estes, não podendo analisar cada um deles isoladamente, como ocorre com os contratos com pelo menos 30 segurados/beneficiários.

I.2. Reajuste por Faixa Etária:

Consiste no reajuste do valor da mensalidade de cada segurado/beneficiário conforme o grupo etário a que pertence.

Para que esse reajuste possa ser aplicado, o contrato deve prever e estabelecer as faixas etárias, respeitada a regulamentação da ANS: “I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; VIII - 49 (quarenta

e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.”

O percentual de reajuste a cada mudança de faixa etária também está sujeito a um limite máximo imposto pela ANS: “I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária; II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. III – as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.”

Estas regras são válidas para os planos contratados a partir de 1º.01.2004. Nos planos antigos e que não foram adaptados à Lei dos Planos de Assistência à Saúde, aplicam-se as regras de reajuste por faixa etária previstas no próprio contrato. Os planos adaptados ou firmados entre 02.01.1999 e 31.12.2003, a última faixa etária em que é autorizado o reajuste é aos 70 anos de vida do segurado/beneficiário, e ele – o reajuste – não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, dos “0” aos “17” anos de idade.

I.3. Reajuste por Sinistralidade:

É aquele em que o contrato estabelece um percentual de reajuste das mensalidades a partir do momento em que se atinge um determinado valor de despesas médicas/hospitalares pago por despesas assistenciais. Referido reajuste e os percentuais devem, obrigatoriamente, estar previstos em contrato. Valem as mesmas regras para os contratos com menos ou a partir de 30 segurados/beneficiários mencionadas para o reajuste por variação dos custos médico-hospitalares ou reajuste anual.

J. Direitos do segurado e dependentes de planos empresariais, em caso de demissão sem justa causa e aposentadoria.

J.1. Demissão Sem Justa Causa.

A Lei Federal nº 9.656/98 assegura àquele que goza do plano de saúde em virtude de vínculo empregatício a possibilidade de manter a si e seus dependentes como segurados, nas mesmas condições que os demais trabalhadores ativos, caso seja demitido sem justa causa.

Como condições para a manutenção do benefício, a lei estabelece que o empregado demitido deve ter contribuído para o pagamento do plano de assistência à saúde (prêmio/mensalidade) durante a vigência do contrato de trabalho, e deve, a partir de sua demissão, assumir o seu pagamento integral, ou seja, a parte que pagava como contribuição para o plano mais a parte que era paga pelo ex-empregador (art. 30 e §§ da Lei nº 9.656/98). A coparticipação não confunde com contribuição não autoriza a manutenção do benefício.

O segurado demitido poderá permanecer como beneficiário pelo período correspondente a 1/3 (um terço) do período de vigência de seu contrato de trabalho, considerando que tenha contribuído durante o mesmo período. Caso tenha contribuído por período inferior, é o período da

contribuição que deverá ser considerado para cálculo do benefício. O período mínimo assegurado pela lei é de seis meses e o máximo de vinte e quatro meses.

J.2. Aposentadoria.

A Lei nº 9.656/98 assegura àquele que goza de plano de assistência à saúde em virtude de vínculo empregatício a possibilidade de manter a si e seus dependentes como segurados, nas mesmas condições que os demais trabalhadores ativos, caso se aposente.

Como condições para a manutenção do benefício a lei estabelece que o aposentado deve ter contribuído para o pagamento do plano de assistência à saúde (prêmio/mensalidade) durante a vigência do contrato de trabalho, e deve, a partir de sua aposentadoria, assumir o seu pagamento integral (art. 31 e §§ da Lei nº 9.656/98). A coparticipação não se confunde com contribuição e não autoriza a manutenção do benefício.

Caso o aposentado tenha contribuído por mais de 10 anos, ele e seus dependentes poderão permanecer como beneficiários do seguro ou plano de saúde até a admissão em novo emprego ou indefinidamente. Caso o aposentado tenha contribuído por menos de 10 anos, é assegurada a manutenção pelo prazo de um ano para cada ano de contribuição. Por exemplo, caso o aposentado tenha contribuído pelo prazo de 8 anos, ele e seus dependentes terão direito a permanecer como beneficiários pelo prazo de 8 anos.

J.3. Pontos comuns aos empregados demitidos sem justa causa e aposentados.

O demitido e o aposentado precisam comunicar seu interesse na manutenção do benefício, no prazo de até 30 dias do desligamento do empregador estipulante do plano de assistência à saúde. É dever do ex-empregador questioná-lo a respeito.

Caso o segurado seja admitido em novo emprego, o benefício da manutenção como segurado após a sua demissão deixará de existir. Contudo, caso o segurado venha a falecer no período assegurado de manutenção, seus dependentes que já usufruíam desta condição poderão permanecer como beneficiários do plano de assistência à saúde pela integralidade do período ao qual o segurado teria direito. Nestas hipóteses (admissão em novo emprego ou falecimento do aposentado), ocorrerá o mesmo em relação ao aposentado e aos seus dependentes.

Caso a empresa que possuía vínculo de emprego com o trabalhador cancele o benefício da concessão de plano de assistência à saúde a seus empregados ativos e ex-empregados, não haverá manutenção do benefício tampouco para os ex-empregados. Caso a operadora comercialize plano privado de assistência à saúde individual, ela será obrigada a oferecer aos beneficiários e ex-empregados o plano sem cobrança de carência.

Importante mencionar, por fim, que o benefício da manutenção no plano de assistência à saúde oferecido pelo ex-empregador deve ser discutido na justiça cível e não trabalhista, conforme já decidido pelo Superior Tribunal de Justiça.

K. Descredenciamento e redução da rede credenciada no plano privado de assistência à saúde:

K.1. Descredenciamento

As operadoras de planos privados de assistência à saúde estão obrigadas a garantir a continuidade da rede credenciada para o consumidor, somente admitindo-se a substituição por outro prestador equivalente e condicionado à comunicação prévia ao consumidor e à ANS.

A operadora deve respeitar a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente, de modo que qualquer substituição deve garantir a manutenção do padrão de qualidade, o que significa que o novo prestador deve ser notadamente classificado com a mesma qualidade, sendo também essencial que se respeite o limite geográfico, não se admitindo substituição a critério subjetivo da operadora.

Para a hipótese de substituição do estabelecimento hospitalar, por decisão da operadora, durante a internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora obriga-se a pagar as despesas até a alta hospitalar. Na hipótese de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias, durante período de internação, a operadora deve custear a imediata transferência do segurado/beneficiário para um hospital equivalente, garantindo a continuação da assistência.

K.2. Redução

A redução da rede hospitalar credenciada (redimensionamento) exige que a operadora respeite a obrigatoriedade de manutenção da cobertura com padrões de qualidade equivalente, sendo necessário: solicitar autorização expressa à ANS, informando a entidade a ser excluída; a capacidade operacional a ser reduzida; o impacto para o consumidor e justificativa para a decisão.

L. Rescisão do contrato de plano de assistência à saúde

A rescisão do contrato de planos privados de assistência à saúde pode se dar em algumas hipóteses, ora comum a todos os regimes de contratação, como o Exercício da Vontade do Segurado/Beneficiário ou Contratante/Estipulante, o Encerramento das Atividades da Operadora (assegurada a transferência da carteira a outra operadora, sem prejuízo aos segurados/beneficiários), por Fraude ou Falta de Pagamento, nos termos da Lei 9.656/98.

A rescisão (e a suspensão da garantia) unilateral pela operadora não se opera enquanto o segurado/beneficiário estiver internado.

Planos Individuais e Familiares: a suspensão da garantia e a rescisão unilateral do contrato pela operadora somente podem ocorrer por falta de pagamento do prêmio/mensalidade, exigidos (i) o atraso superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos 12 últimos meses, e (ii) o segurado seja

comprovadamente notificado (com direito a purgar a mora) até o 50º dia de atraso. Não há previsão de rescisão imotivada pela operadora.

Planos Coletivos: em razão da exigência do vínculo do segurado/beneficiário à pessoa jurídica ou empresário individual contratante/estipulante, a rescisão pode ser individual a cada segurado/beneficiário, conforme se encerre essa relação, ou global, encerrando-se o contrato coletivo.

O encerramento do contrato coletivo, seja por rescisão durante sua vigência ou não renovação ao final do período de vigência, deve ser previamente comunicado aos segurados/beneficiários e contratantes/estipulantes, a fim de possibilitar providências para novo contrato, inclusive com direito à portabilidade de carências já cumpridas. O Encerramento imotivado do contrato coletivo somente pode ocorrer depois de 12 meses de vigência. Na hipótese de rescisão do contrato coletivo cabe à operadora, se operar contratos Individuais e Familiares, oferecer aos segurados/beneficiários a opção de migrarem para estes, isentos de carência.

M. Rol da ANS

M.1. O que é e como é atualizado.

O “Rol da ANS”, também denominado “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, consiste em uma lista aprovada pela agência reguladora (Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS) em que são elencados os procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde, conforme a segmentação assistencial do plano.

Essa lista deve ser atualizada de forma contínua, de modo a garantir, respeitado o estado da arte, o tratamento mais eficaz aos segurados e beneficiários.

Em março de 2022 foi publicada a Lei 14.307/22 que, alterando o artigo 10 da Lei 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde), proporcionou mais celeridade à incorporação de novos medicamentos e procedimentos aos róis da ANS.

Essa lei reduziu de 18 meses para 180 dias (prorrogáveis por mais 90) o prazo para avaliação de medicamentos e procedimentos na lista de coberturas obrigatórias dos planos de saúde. Também reduziu o prazo para análise e inclusão de novos medicamentos para tratamento oral e domiciliar contra o câncer no rol, que era de 18 meses, para 120 dias (prorrogáveis por mais 60). Não havendo resposta da agência reguladora dentro dos prazos estabelecidos, a incorporação do medicamento, procedimento ou exame ao rol será automática, e valerá até que haja decisão da ANS, garantida a continuidade da assistência iniciada mesmo se a decisão for desfavorável à inclusão.

M.2. Divergência jurisprudencial: rol taxativo ou exemplificativo?

Sempre se discutiu na doutrina e na jurisprudência a natureza destes róis, se exemplificativos, ou se taxativos.

Os defensores da tese de que o Rol é taxativo dizem que as operadoras só estariam obrigadas a custear os medicamentos e tratamentos previstos no Rol de Procedimentos editado pela ANS, ainda que os médicos responsáveis pelo tratamento tenham prescrito outra droga ou outro procedimento cirúrgico, à medida que a cobertura extensiva poderia inviabilizar a atividade das operadoras de plano de assistência à saúde.

Já os defensores da tese do Rol exemplificativo dizem que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, apesar de se tratar de referência importante, não pode restringir a cobertura, e muito menos servir como imposição genérica quanto ao que deve e o que não deve ser coberto pelos planos, sob pena de impedir uma definição individualizada do tratamento médico.

O STJ – Superior Tribunal de Justiça definiu essa questão (REsp 1.886.929 e 1.889.704) entendendo pela “taxatividade mitigada” dos róis, ou seja, seriam em regra taxativos, não estando a operadora obrigada a arcar com tratamento não listado se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado à lista. Estabeleceu-se, no entanto, uma exceção: não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da ANS, será possível a cobertura do tratamento indicado pelos médicos desde que (i) a incorporação do procedimento ao rol não tenha sido indeferida expressamente pela ANS; (ii) o tratamento prescrito seja comprovadamente eficaz à luz da medicina baseada em evidências; e (iii) existam recomendações de órgãos técnicos de renome nacional (como Conitec e Natjus) ou estrangeiro.

M.3. Alteração legislativa. A prevalência do rol exemplificativo.

A divergência jurisprudencial foi superada por alteração legislativa.

Em 22 de setembro de 2022 foi promulgada a Lei Federal 14.454/2022, a qual, alterando os artigos 1º e 10 da Lei 9.656/1998, consolidou no âmbito legal o entendimento de que os róis da ANS são mera referência para os planos privados de assistência à saúde.

Ao contrário do caráter cumulativo das condições que haviam sido definidas pelo STJ, a nova legislação impôs somente a ocorrência de uma dentre duas condições para que tratamentos ou procedimentos prescritos não constantes no rol tenham cobertura autorizada: (i) exista comprovação da eficácia do medicamento ou tratamento; ou (ii) existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou de pelo menos um outro órgão de avaliação de tecnologias em saúde nacional ou internacional.

Superando a discussão jurisprudencial, o legislador federal, no exercício de sua competência normativa atribuída pela Constituição e legitimado pelo voto popular, normatizou que os róis da ANS são exemplificativos, encerrando quaisquer discussões sobre o tema.

N. Home Care (tratamento domiciliar)

Home Care (tratamento domiciliar) é um conjunto de procedimentos hospitalares realizados na casa do paciente por uma equipe multidisciplinar. É indicado para pacientes

portadores de doenças agudas ou crônicas que previamente foram tratados em hospitais e que se encontram clinicamente estáveis, permitindo assim dar continuidade ao tratamento em casa.

A internação domiciliar (*Home Care*) não está prevista no rol de procedimentos de cobertura obrigatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Apesar disso e mesmo que não haja previsão contratual para fornecimento do Home Care, o STJ entende pela cobertura, preenchidos os seguintes requisitos: (i) condições estruturais da residência; (ii) real necessidade do atendimento domiciliar, com verificação do quadro clínico do paciente; (iii) indicação do médico assistente; (iv) solicitação da família; (v) concordância do paciente; e (vi) não afetação do equilíbrio contratual, como nas hipóteses em que o custo do atendimento domiciliar por dia não supera o custo diário em hospital.

O serviço de Home Care não é serviço de cuidador. O Home Care exige serviço médico especializado, enquanto que o serviço de cuidador não exige especialização, sendo um mero auxiliar do paciente em suas necessidades e atividades de vida cotidiana. Por tal motivo, o serviço de cuidador não possui cobertura pelos planos de assistência à saúde.

Já com relação aos medicamentos, o paciente terá cobertura para os medicamentos aos quais ele teria direito caso estivesse internado em hospital.

O. Startups de saúde (cartão de desconto).

O plano de saúde é um dos principais benefícios desejados pelos empregados. No entanto, muitos empregados, mesmo celetistas, não têm acesso a esse benefício. Diante dessa relevante e expressiva demanda (cerca de 70% da população brasileira não tem acesso a planos de saúde), há alguns anos criou-se um novo nicho, por meio de *startups* de saúde, que têm como objetivo oferecer opções mais econômicas de acesso à saúde privada à população.

Os principais produtos hoje disponíveis no mercado são os cartões pré-pagos de saúde ou cartões de desconto. Esses tipos de produto funcionam de forma diversa do plano de saúde, em especial por conta dos seguintes fatores:

- (i) Não há obrigatoriedade de pagamento de valor fixo de carregamento por mês. Os cartões pré-pagos são carregados mensalmente de acordo com a necessidade do usuário;
- (ii) A cobertura fornecida nesses tipos de produtos normalmente é básica e não dá acesso, por exemplo, a internações. Os serviços fornecidos são exames de menor complexidade, consultas e procedimentos mais simples;
- (iii) O cartão de desconto não exige o usuário de realizar pagamento. Como o próprio nome diz, esse cartão dá acesso à realização de procedimentos, cujo valor será abatido do desconto que é assegurado pelo cartão. A diferença deve ser paga diretamente pelo usuário, nos meios aceitos pelo fornecedor do serviço médico;

- (iv) Esses produtos não são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, de modo que não podem ser fornecidos por operadoras de planos de saúde e não asseguram o rol mínimo de procedimentos e eventos;
- (v) Normalmente, os cartões de saúde pré-pagos não têm carência e não excluem procedimentos para grávidas ou pessoas com doenças preexistentes.
- (vi) Há algumas startups que fornecem esses produtos com possibilidade de uso em âmbito nacional;
- (vii) Deve-se verificar eventuais exigências em relação ao prazo mínimo de permanência.

Como se nota, esses produtos podem ser uma boa opção para realização de procedimentos mais simples, por meio de valores acessíveis e maior flexibilidade de uso e atendimento. No entanto, é importante frisar que **esses produtos não estão sujeitos a nenhum tipo de regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e, portanto, não há garantia sobre o patrimônio de cada uma das startups para manutenção da prestação dos serviços a longo prazo.**

PLANOS DE SAÚDE

COMISSÃO DE DIREITO DO SEGURO E RESSEGURO DA OAB SP



Comissão de
Direito do Seguro
e Resseguro

2023