

ANS – Papel Institucional e Competência do Rol de Procedimentos

Luciana Gomes de Paiva ¹

Da palestra do Dr. Franklin Padrão, de início, destacam-se os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, os quais dão fundamento para todos os cidadãos demandarem acesso aos procedimentos e cuidados adequados a suas necessidades biopsicossociais.

O mutualismo, que apesar de ter possibilitado o acesso aos planos, não conseguiu resolver a velocidade do crescimento dos custos, ante a elevação da expectativa de vida. O preço deve ser seletivo, competitivo, acessível ao consumidor e garantidor da solvência da empresa. O disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 deve ser objeto de profunda discussão entre a sociedade e os planos de saúde.

Apresentando uma cronologia da evolução do setor privado, apontou o que segue:

1930- Autogestão

1956- Medicina de Grupo

1967 – Cooperativa Médica

1971 – Planos de saúde – intermediação do serviço

1980- Seguro saúde

1990- Unidas

Mais adiante, apresentou visão esquemática da regulamentação do setor, destaque à Lei 9.656 de 03/07/98:

¹ Juíza de Direito do I Juizado Especial Cível de Alcântara - São Gonçalo.

- Define operadoras e planos de saúde
- Subordina à ANS qualquer modalidade de produto que garanta cobertura financeira de riscos à assistência técnica, hospitalar ou odontológica
- Estabelece segmentações, coberturas e procedimentos excluídos
- Cria regras de rescisão para planos individuais
- Define mecanismos de regulação, carências, coberturas parcial temporária (CPT) coparticipação e franquia
- Estabelece benefícios para demitidos e aposentados
- Cria o Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, então composto pelos Ministérios da Justiça, Fazenda e Saúde e Planejamento. No entanto, este Conselho não publica normativos desde 04/2002.

Quando tratou da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar Lei 9.961 de 28/01/00 , fez referência às seguintes competências da ANS:

- Promover a defesa do interesse público, fixar normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras
- Elaborar o rol de procedimentos (RN211/10) A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publica nesta terça-feira, 02/08/2011, a Resolução Normativa 262 que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, garantindo e tornando pública a cobertura assistencial mínima obrigatória. O rol constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e é revisado a cada dois anos. Nesta atualização será incluída a cobertura para cerca de 60 novos procedimentos, que entrará em vigor a partir do dia 01/01/2012.

Criar critérios para movimentação de prestadores (RN 85 e IN 23 ambas com as suas alteração)

Estabelecer normas de disponibilidade e acesso aos serviços de saúde (RN 259/11)

Garantias financeiras (RDC 77/01)

Estabelecer sub-segmentações de planos (não normatizados pela ANS)

Definir critérios e autorizar reajustes (RN 121/08) e revisões (não há normativo).

Quanto aos valores e reajustes dos planos, cabe registrar que o De-

sembargador Carlos Augusto trouxe à discussão a aplicação no tempo do artigo 15 da Lei 10741/03, demonstrando as fundamentações das decisões dos ministros que integram os tribunais superiores. Muitos se baseiam no entendimento de que os contratos seriam de trato sucessivo, a aplicação seria imediata da lei, por se tratar de norma cogente. Interessante para o tema é a ADIN 493-0 do DF, de relatoria do Ministro Moreira Alves.

A discussão se fez interessante. É preciso maior estudo sobre o tema, notadamente considerando que aqueles que celebram os contratos a partir de 2003, já com a vigência do Estatuto do Idoso, deverão ser protegidos, em respeito à Constituição, não sendo possível supor que, mesmo com a alteração da legislação, o Judiciário deixará de respeitar a lei então vigente, resguardando a vedação ao aumento dos preços, quando eles alcançarem 60 anos. Em outras palavras: mesmo que eventual futura lei altere tal entendimento e o legislador opte por autorizar os aumentos, esses consumidores, por óbvio, terão garantidos os direitos de aplicação da lei vigente, quando da contratação do plano. O mesmo raciocínio deveria ser aplicado aos que contrataram antes da lei e aos que vierem a contratar, sob a vigência de outra lei, no futuro.

O entendimento do nosso Tribunal de Justiça, porém, é o da imediata aplicação do Estatuto, mesmo aos contratos celebrados antes da sua vigência. A cláusula de reajuste das mensalidades de planos de saúde, com base na mudança de faixa etária do consumidor idoso, seria tida por ilícita, já que o art. 15, § 3º, do Estatuto do Idoso impede a discriminação do idoso pela cobrança diferenciada de mensalidades. Conquanto o usuário ou consumidor tenha celebrado o contrato antes da vigência da Lei nº 10.741/03, não há que se falar em ofensa ao ato jurídico perfeito, por se tratar de relação jurídica de trato sucessivo. O referido diploma legal tem aplicação imediata, alcançando, inclusive, contratos firmados anteriormente à sua vigência.

Por seu turno, a Lei 10.192 de 14/02/01 dispõe sobre medidas complementares ao Plano Real e reconhece a licitude de reajustes anuais (inflação) e de revisões contratuais (sinistralidade), definindo periodicidade e forma de cálculo.

Quanto aos eixos temáticos alusivos à ANS (2011/2012), o modelo de financiamento do setor representa aperfeiçoamento de modelo atual de reajuste de preços de planos individuais.

Outro ponto de destaque é a garantia de acesso e qualidade assistencial, que preconiza estabelecimento de parâmetros de tempo máximo, para agendamento e quantidade de serviços por beneficiários e modelo de pagamento a prestadores, bem como assistência farmacêutica, no intuito de ampliar o oferecimento de planos com assistência nesse campo.

O incentivo à concorrência visa a fomentar a oferta de planos, oferecendo informação capaz de aumentar o poder de escolha do consumidor. Nesse sentido, consumidores de planos de saúde individuais ou familiares e coletivos já contam com as normas previstas na Resolução Normativa nº 252, que ampliam as regras de portabilidade de carências.

A resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi publicada no Diário Oficial da União de 29 de abril deste ano, concedendo um prazo de 90 dias para adaptação das operadoras. A norma atinge cerca de 13,1 milhões beneficiários, que passam a ter direito a mudar de plano de saúde, sem cumprimento de novos prazos de carência. *“A medida aumenta o poder de decisão do consumidor, faz crescer a concorrência no mercado e, em consequência, gera melhoria do atendimento prestado ao beneficiário de plano de saúde”*, ressalta o diretor-presidente da ANS, Mauricio Ceschin. A possibilidade de mudar de plano de saúde, levando consigo os períodos de carência já cumpridos, é uma realidade desde abril de 2009, para os beneficiários de planos contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, após a regulamentação do setor. Entre os principais ganhos para o consumidor com a nova resolução, estão: a extensão do direito para os beneficiários de planos coletivos por adesão e a instituição da portabilidade especial para clientes de operadoras extintas.

Quanto à garantia de acesso à informação, no caso de contratos antigos – estimula-se a adaptação ou migração do contrato antigo, para que passem a ter acesso aos direitos e garantias da Lei 9.656-98. A Resolução Normativa nº 254 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que dispõe sobre a adaptação e migração de contratos individuais/fami-

liares e coletivos antigos, passou a vigorar em 04 de agosto, beneficiando cerca de nove milhões de usuários de planos de saúde, não regulamentados pela ANS, pois foram firmados antes de janeiro de 1999, quando entrou em vigor a Lei nº 9.656/98, que regula o setor de planos de saúde. Busca-se incentivar os beneficiários a alterar seus contratos, para que tenham a segurança e garantias trazidas pela regulamentação do setor, tais como regras de reajuste, garantia às coberturas mínimas obrigatórias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e, posteriormente, utilizar a Portabilidade de Carências.

Assistência ao idoso – serão propostas iniciativas na atenção à saúde ao idoso, tendo em vista criar e estimular a venda de planos específicos para a terceira idade.

No que concerne à integração da saúde suplementar com o SUS, preconiza-se a aproximação entre o setor público e o privado.

Segundo o professor Marçal Justen Filho, a definição da agência reguladora seria: *“Agência reguladora independente é uma autarquia especial, sujeita a regime jurídico que assegure sua autonomia em face da Administração direta e investida de competência para a regulação setorial.”* (JUTEN FILHO, Marçal. Curso de Direito Administrativo, 2ª. Edição, 2.006, Editora Saraiva, página 475).

Tratando da composição do sistema, foram sublinhados os seguintes aspectos:

BENEFICIÁRIO – contrata os serviços

OPERADORA – gestora dos recursos. Regulação

PRESTADOR DE SAÚDE – presta o atendimento ao beneficiário e recebe da operadora conforme tabela acordada entre as partes

A ANS determina que alterações na rede sejam submetidas à sua apreciação e que a efetivação seja condicionada ao seu aceite.

Como os prestadores não estão sujeitos às penalidades da RN124, por vezes não comunicam à operadora a suspensão do atendimento ou não aguardam o término da análise por parte da ANS, observando estritamente o prazo de rescisão estabelecido no contrato. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Súmula Normativa 19, dispõe sobre a comercialização de planos de saúde. Segundo esta súmula, a comercialização de planos privados de assistência à saúde por parte das operadoras, tanto na venda direta, quanto na mediada por terceiros, não pode desestimular, impedir ou dificultar o acesso ou ingresso de beneficiários em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência, inclusive com a adoção de práticas ou políticas de comercialização restritivas direcionadas a estes consumidores. As operadoras que adotarem a prática estarão em desacordo com as regras que regem o Estatuto do Idoso quanto com a Resolução Normativa 124 da ANS, publicada em março/2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. A penalidade prevista é de multa de cinquenta mil reais, por impedir ou restringir a participação de consumidor em plano privado de assistência à saúde.

Tratando de dados anuais do Sistema Privado de Planos de Saúde, foram destacadas as seguintes informações:

Receita – 71.737.732.174

Despesas Assistenciais – 58.996.709.013

Operadoras Ativas 1.628

Quanto mais concentrado o mercado, mais se faz necessária a intervenção do regulador.

Quanto ao Risco Regulável, conferiu-se ênfase a:

Índice combinado

Despesas assistenciais – 75%

Despesas Administrativas – 12%

Despesas Comerciais – 6%

Taxas (impostos) – 5%

Subtotal – 98%

Margem (lucro/prejuízo) 25

TOTAL – 100%

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS

DESPESA ASSISTENCIAL - evolui de acordo com a inflação médica e de forma mais acelerada que a inflação oficial

DESPESA COMERCIAL – É um percentual da receita que cresce na proporção de 75% da inflação médica e 25% da inflação oficial

DESPESA ADMINISTRATIVA – evolui de forma próxima à inflação oficial.

EQUILÍBRIO DO SISTEMA – OUTROS FATORES

Lobby das indústrias, pressionando pela incorporação de novos materiais.

Incentivo à realização de procedimento.

Prestador é o demandante pelo serviço – há o conflito de interesse.

Medicina defensiva.

Risco moral – “pago, logo tenho de utilizar”.

Aumento dos casos de fraude.

LIMITAÇÃO DE COBERTURA

- Medicina baseada em evidências – no intuito de racionalizar o uso dos recursos.

-Medicina experimental – excluída por força da Lei 9656/98; exclusão justificada pelo elevadíssimo custo e pelo baixo índice de assertividade. ◆