

A INTERVENÇÃO DO ESTADO NOS PLANOS E SEGUROS SAÚDE

Elza Lucia Camargo do CARMO¹Fernando do Rego Barros Filho²

Resumo

Com o advento da Constituição Federal de 1988, aumentou a preocupação com os direitos fundamentais, ou seja, nossa Constituição garante ao cidadão alguns direitos fundamentais, dentre eles, o direito à saúde. Vivemos num Estado Social, onde o Estado e a Administração Pública se aproximam do cidadão, ampliando os direitos fundamentais, ganhando aspectos sociais, sem, contudo, intervir diretamente nas relações entre os particulares. A Constituição Federal dispõe um rol de áreas em que é exclusiva a prestação da tutela jurisdicional do Estado; dentre as quais é destacado o direito à saúde, elencado no capítulo II, Dos Direitos Sociais, em seu artigo 6º e artigo 196 e o artigo 197 abre ao particular a possibilidade de complementar os serviços de saúde. Todos os direitos fundamentais devem ser prestados em primeira mão pelo Estado, porém, devido à vários fatores, o Estado não consegue suprir a demanda, surgindo então os planos de saúde e seguros saúde. A priori o Estado não intervém nos contratos entre particulares, pois cabe a este prestar a tutela nos interesses da coletividade em especial. O Estado intervirá apenas quando provocado, sem deixar de monitorar e prestar a tutela ao quinhão que lhe cabe.

Palavras-chave: Estado; prestação de tutela; intervenção, planos de saúde; prática abusiva.

Abstract

With the advent of the Federal Constitution of 1988, raised concern with fundamental rights, ie, our Constitution guarantees citizens certain fundamental rights, including the right to health. We live in a welfare state, where the state and public administration approach the citizen, expanding fundamental rights, gaining social aspects, without, however, directly intervene in relations between individuals. The Constitution provides a list of areas that is exclusive to by courts of the State, of whom emphasized the right to health, part listed in Chapter II Of Social Rights in its Article 6 and Article 196 and Article 197 opens particular to the possibility of complementary health services. All fundamental rights must be provided first hand by the state, however, due to several factors, the State can not meet the demand, then the emerging health plans and health insurance. A priori the state does not intervene in contracts between individuals, as the court must provide the protection the interests of the collectivity special. The State will intervene only when provoked, while the monitor and provide oversight of the share it deserves.

¹ Acadêmica do 8º ano do Curso de Direito das Faculdades Integradas Santa Cruz, de Curitiba – PR elzalucia@outlook.com.

² Mestre em Meio Ambiente e Desenvolvimento pela Universidade Federal do Paraná. Advogado. Professor do curso de Direito das Faculdades Integradas Santa Cruz. E-mail: fernando@fernandobarros.adv.br.

Keywords: State; provision of guardianship; intervention, health plans; abuse.

Introdução:

O presente estudo está em fase de pesquisa bibliográfica e tem a intenção de demonstrar quais os conflitos existentes desde a permissão do Estado para que particulares prestassem assistência médica à coletividade, das necessidades da intervenção do poder do Estado, quer seja regulando, normatizando e resolvendo tais conflitos de práticas abusivas decorrentes de reclamações em Procons e via judicial.

A Constituição de 1988 ficou conhecida como a Constituição Social dada a valorização dos direitos fundamentais. Dentre eles utilizaremos para este estudo o direito à saúde que vem elencado no artigo 6º da referida Carta:

“**Art. 6º** São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

Ao Estado cabe garantir a efetivação de tais direitos. Nas décadas de 40 e 50 o mercado dos planos de saúde começa a se desenvolver por meio das empresas do setor público, que revertiam recursos próprios e de seus empregados para financiar ações de assistência a saúde, incluindo mais tarde entre os benefícios que ofertavam aos funcionários das empresas estatais. O setor privado acompanha a tendência do mercado, não só para atrair funcionários, mas para garantir uma melhora na produção, visto que é comprovado que o funcionário satisfeito produz mais e adocece menos. Utilizando a medicina preventiva, é possível evitar várias doenças ocupacionais, o que diminui gastos com tratamentos e horas extras.

Em regra o Estado não intervém nos contratos entre particulares, vez que não participa diretamente em nenhum dos pólos e tais contratos não são para a coletividade, pois trata-se da presunção de que ambas as partes acordam o que melhor representa suas vontades; mas o que vemos é que nos contratos de planos de saúde e seguro saúde não há negociação em relação as cláusulas, caracterizando desta forma os chamados Contrato de Adesão.

Para a garantia da efetivação de tais direitos, são criados vários órgãos com a finalidade de controlar e fiscalizar o cumprimento de tais direitos.

As leis que protegem os usuários dos planos de saúde são o Código de Defesa do Consumidor, a Constituição Federal, o Código Civil e a Lei dos Planos de Saúde (9.656/98).

Para o presente estudo, estudaremos a ANS, que foi o órgão criado para fiscalização e regulamentação do segmento de saúde, comparando a necessidade da intervenção do poder do Estado nas prestadoras, sempre que houver prática abusiva para com seus segurados / usuários, utilizando primordialmente a jurisprudência.

1. Breve histórico do Sistema de Saúde atual

Para o melhor entendimento da existência de planos e seguros de saúde particulares faz-se necessário um pequeno histórico da saúde no país.

Este conceito foi mudando conforme o desenvolvimento do país dentro do contexto político, demográfico e social dos últimos 40 anos.

Em 1970 o país teve o maior crescimento econômico entre todos os países sob o regime militar. Já a qualidade de vida cresceu desproporcionalmente entre os brasileiros, atingindo a minoria dos setores privilegiados da população.

Entre 1970 e 2000 o crescimento demográfico da população com mais de 60 anos dobrou e a urbanização aumentou para 80% do país. A taxa de fertilidade diminuiu, bem como a mortalidade infantil. O desemprego também diminuiu, porém a taxa de trabalhadores informais era bem elevada, o que diminuiu a arrecadação para a previdência social.

As condições de vida sofreram mudanças substanciais nesse período, ou seja, a grande maioria das casas passou a receber água tratada, receberam saneamento básico e praticamente 100% das habitações possuem energia elétrica.

Conforme nos conta a revista *The Lancet* em seu artigo sobre saúde:

Entre 1970 e 1974, foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados;²⁶ a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais. SÉRIES SAÚDE NO BRASIL 1, **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**, Disponível em <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>, Acesso em 11/05/13.

Os subsídios diretos concedidos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados.

O sistema de saúde atual é composto por uma rede complexa de prestadores e compradores de saúde, com o objetivo de atingir a população com abrangência nacional o acesso dos serviços de saúde e a descentralização da prestação desses serviços preventiva e curativa

Na luta pela redemocratização do país houve um crescimento do movimento social que reuniu diversos setores da sociedade que baseavam-se na concepção ideológica do movimento pela reforma sanitária, que não era exclusivamente biológica, mas também social e política.

Esse movimento cresceu e formou aliança com parlamentares progressistas, gestores de saúde municipal e outros movimentos sociais, constituindo desta forma o CONASS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde.

Com a aprovação do conceito de saúde como direito do cidadão em 1988 na 8ª Conferência Nacional de Saúde delineou-se os fundamentos do SUS – Sistema Único de Saúde, que baseou-se nos princípios da Carta Magna, que foi implementado em 1990, e neste mesmo ano foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº8.080/90, que especifica as atribuições e organização do SUS.

Devido ao tamanho continental de nosso país, a descentralização do sistema de saúde.

Ainda pelo estudo realizado pela *The Lancet* a descentralização obteve o seguinte resultado:

Para administrar essa política descentralizada, os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados no sistema, com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos.⁴⁶ Além das conferências nacionais de saúde, foi institucionalizada uma estrutura inovadora, que estabeleceu conselhos de saúde e

comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite) nos quais as decisões são tomadas por consenso.(SÉRIES SAÚDE NO BRASIL 1, **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**, Disponível em <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>, Acesso em 11/05/13).

Neste contexto surgem os Planos de Saúde Complementar, ou Privados estimulados pela política praticada pelo Estado.

“O SUS tem como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar.” (SÉRIES SAÚDE NO BRASIL 1, **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**, Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>, Acesso em 11/05/13).

2. Seguros Saúde

O seguro aparece junto com a atividade mercantil, pois faz parte do preço do produto. A história nos relata que o seguro surgiu antes de Cristo. Conforme o site da FUNENSEG relata que:

“A história do seguro remonta a séculos antes de Cristo, quando as caravanas atravessavam os desertos do Oriente para comercializar camelos. Como alguns animais sempre morriam no caminho, os camaleiros firmaram um acordo no qual pagariam para substituir o camelo de quem o perdesse.” (TUDOSOBRESEGUROS, **Um pouco de história**, Disponível em: <<http://www.tudosobreseguros.org.br/sws/portal/pagina.php?l=382>>; Acesso em: 11 de maio de 2013.)

Relata ainda o referido site sobre o primeiro contrato de seguro nos moldes atuais, que se deu:

“O primeiro contrato de seguro nos moldes atuais foi firmado em 1347, em Gênova, com a emissão da primeira apólice. Era um contrato de seguro de transporte marítimo. Daí pra frente, o seguro foi ainda mais impulsionado pelas Grandes Navegações do século XVI, pela Revolução Industrial e pelo desenvolvimento da teoria das probabilidades associada à estatística.” (TUDOSOBRESEGUROS, **Um pouco de história**, Disponível em: <<http://www.tudosobreseguros.org.br/sws/portal/pagina.php?l=382>>; Acesso em: 11 de maio de 2013.)

No Brasil, o seguro surgiu em 24 de fevereiro de 1.808, com a Companhia de Seguros BOA-FÉ sendo a primeira sociedade a funcionar no país, devido a abertura internacional do porto, com o objetivo de operar o seguro marítimo. Com o advento da Lei nº 556, de 1.850 surgiram mais seguradoras no país, que não operavam somente com seguro marítimo, mas também com seguro de vida e seguro terrestre.

Para a proteção do interesse econômico do país foi criada a Lei nº 294, determinando a aplicação das reservas dentro do país.

O Decreto nº 4.270 de 1.901 normatizou o funcionamento dos seguros já existentes e para os que vierem a ser criados.

O extinto código Civil de 1.916 tinha um capítulo inteiro dedicado ao contrato de seguro, que hoje encontram-se sintetizados no conhecemos como Direito Privado do Seguro.

Em 1.937 foram criados os seguros obrigatórios para comerciantes, industriais e concessionárias de serviços públicos contra riscos de incêndios e transportes.

Conta ainda o site da FUNENSEG que:

Em 1966, com a edição do Decreto-Lei nº 73, o governo instituiu o Sistema Nacional de Seguros Privados, criando o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e a Superintendência de Seguros Privados (Susep), órgão controlador e fiscalizador da constituição e funcionamento das sociedades seguradoras e entidades abertas de previdência privada. (TUDOSOBRESEGUROS, **Um pouco de história**. Disponível em: < <http://www.tudosobreseguros.org.br/sws/portal/pagina.php?l=382>>; Acesso em 11/05/2013)

A Susep foi criada com poderes para apurar responsabilidades e apenar corretores de seguros que agissem com dolo ou culpa em prejuízo das seguradoras ou do mercado, assumindo desta forma a tutela dos interesses dos consumidores do segmento.

Fabiana Ferron em sua obra menciona que:

“O seguro foi instituído no Brasil pelo Decreto_Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, estabelecendo que a livre escolha do médico e do hospital é condição obrigatória nos contratos”.(pg. 33, **Planos Privados de Assistência à Saúde**, 2.002)

Ainda no histórico da Funseg verificamos que:

Em 1992, a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg), atualmente Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSeg) dá publicidade a uma declaração de princípios norteadores da atividade seguradora, a Carta de Brasília, construída em torno de três princípios: compromisso com a economia de mercado e a livre competição, responsabilidade econômica e social do setor de seguros diante da população brasileira e opção pela modernidade, baseada na experiência do próprio mercado.

Em 1996, duas importantes medidas marcam a história do seguro no Brasil: a liberação da entrada de empresas estrangeiras no mercado e a quebra do monopólio do IRB. (TUDOSOBRESEGUROS, **Um pouco de história**, Disponível em: < <http://www.tudosobreseguros.org.br/sws/portal/pagina.php?l=382>>; Acesso em: 11/05/2013).

Tal medida foi importante para que ocorresse a captação de divisas estrangeiras e a segunda que coloca fim no monopólio do resseguro no Brasil.

Com a criação da ANS houve a promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, contribuindo para as ações em saúde no país.

Na modalidade de seguros saúde, foram inicialmente utilizados pelas empresas do setor público.

Daniela Batalha Trettel define:

Seguradoras especializadas em saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.” (pg. 24, **Planos de Saúde na visão do STJ e do STF**, 2.010)

São empresas de finalidade lucrativa, assim definidas na Resolução RDC nº65, de 16.04.2.001.

No sistema de seguros saúde a particularidade encontra-se no reembolso pelas despesas médicas ao usuário ou cliente, que paga diretamente ao prestador de serviço e solicita o reembolso, que será feito conforme tabela preestabelecida.

3. Planos de Saúde

Historicamente o sistema de saúde estimulou o setor privado no Brasil a privatizar a saúde.

O credenciamento de médicos, profissionais especializados, clínicas de diagnóstico, laboratórios, hospitais, clínicas terapêuticas ao sistema público de saúde, incentivando a especialização dos profissionais ligados a área de saúde preventiva e curativa foi o embrião da criação das cooperativas e operadoras particulares em saúde.

A ANS menciona a origem dos planos de saúde em seu sítio:

Os planos de saúde têm origem na fundação das Santas Casas de Misericórdia, instituições vinculadas à Igreja Católica com forte apelo às ações caritativas e filantrópicas. Inicialmente internavam pessoas com vários tipos de doenças, menos as infecto-contagiosas. (BRASIL, ANS, Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>, Acesso em: 11/05/2013)

Os Planos de Saúde são serviços privados de assistência à saúde, mediante um pagamento mensal que garante a utilização do serviço sem a necessidade de pagar por adicionais ou pelo tratamento realizado e receber o tratamento como se particular fosse a preços mais baixos que o mercado.

O atendimento na rede pública desde o início é considerado precário, haja vista que a grande população não tem o hábito de prevenir-se das doenças. É necessário um dispêndio colossal do poder estatal para conscientizar a sociedade que se prevenirmos os diversos tipos de doenças que acometem nosso país obteremos uma qualidade de vida melhor do que buscamos.

O SUS não consegue cumprir toda a demanda em curto tempo. Oferta os tratamentos necessários, porém há uma lentidão em seu atendimento.

Para os que possuem um melhor poder aquisitivo resta a opção dos Planos de Saúde Suplementar, que ofertam seus serviços com a agilidade necessária como se particular fosse.

Os profissionais e empresas ligadas ao setor de saúde se organizam em cooperativas ou operadoras de saúde e surge assim os Planos e Seguro Saúde.

A maior parte desses planos e seguros saúde são providos por empresas comerciais, ou seja, seu maior objetivo é o comércio. Alguns empregadores ofertam planos de saúde coletivos para seus empregados, na modalidade de autogestão constituindo um segmento não comercial do mercado. As indústrias automobilísticas foram as primeiras a investir em programas de saúde particular para seus empregados.

Os planos de saúde optam por atender a um público mais jovem e saudável e ofertam diferentes planos para diferentes públicos.

Com a abertura deste mercado, verifica-se que devido a falta de regulamentação para o segmento os planos de saúde utilizam-se frequentemente de práticas abusivas aos seus usuários e credenciados.

É possibilitado ao empregador que desconte ou não do empregado pelo plano contratado. A diferenciação será para a modalidade ofertada aos empregados, que poderão ou não incluir membros da família.

Como verificado anteriormente, os planos e seguros saúde particulares tem como prioridade o comércio, ou seja, objetivam o lucro. Para a prevenção é necessário uma periodicidade de consultas e exames, ou seja, é necessário que um profissional especializado acompanhe o tratamento, ou que, estando bem de saúde, certos exames não sejam esquecidos. Se a frequência de utilização dos planos aumenta a operadora deixa de lucrar, o que não é o objetivo. Para tanto as operadoras se valem de artifícios para negar a liberação dos procedimentos almejados pelo usuário.

No vencimento do contrato ou do prazo estipulado para o reajuste da mensalidade, as operadoras fazem um levantamento comparativo entre o que foi utilizado e o que foi arrecadado, e como seu maior objetivo é o lucro, se valem deste comparativo para aumentar as mensalidades.

Porém até a criação de um órgão específico para a fiscalização deste seguimento é verificado um número crescente de reclamações seja pelo aumento da mensalidade ou pela dificuldade do acesso à rede credenciada ou das liberações de procedimentos.

Essa prática provoca o diretamente o Estado para que interfira na relação, criando assim a ANS – Agência Nacional de Saúde, com a finalidade de fiscalizar essas relações.

Até 1998 não havia no Brasil nenhuma lei que tratasse especificamente dos planos de saúde (SILVEIRA, 2009, p. 4) sendo usual para a resolução de conflitos a utilização do Código de Defesa do Consumidor.

Após sua criação ocorreu a promulgação da Lei 9.656/98, em seu artigo 1º define os planos de saúde como: "as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade" e que subdividem-se em: plano privado de assistência a saúde, operadora de Plano de Assistência à Saúde que englobam as sociedades civis, cooperativas ou entidades de autogestão.

Segundo Daniela Batalha Trettel, podemos definir como:

"A denominação "plano de saúde" abarca todas as atividades que constituem "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 às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador por conta e ordem do consumidor".(pg. 23, **Planos de Saúde na visão do STJ e do STF**, 2010).

Com a regulamentação dos planos de saúde há a padronização do serviço ofertado, ou seja, todas as operadoras devem oferecer as seguintes modalidades para contratação do serviço: *Plano Ambulatorial, Plano Hospitalar sem Obstetrícia, Plano Hospitalar com Obstetrícia, Plano Odontológico e Plano Referência.*

Nos ensina a autora que:

“Os contratos de assistência à saúde são contratos de adesão, em que não se admite a negociação ou modificação das cláusulas.

O objetivo da legislação é proteger o consumidor da indução ao erro, contra o dolo e toda espécie de simulação por parte do fornecedor.

Portanto, significa que o consumidor tenha lido as cláusulas do contrato, mas principalmente que ele as tenha entendido, especialmente as que restringem os direitos.” (SILVEIRA, **Tudo o que você precisa saber sobre Planos de Saúde**, 2009, p. 7)

O plano considerado básico é o que prevê atendimento apenas ambulatorial, não cobre intervenções cirúrgicas de grande porte e internamentos, cobrindo somente procedimentos em ambulatório, as pequenas cirurgias, curativos e procedimentos de rápida solução e por outro lado, o Plano Referência é o que tem cobertura para todas as modalidades de atendimento, incluindo internação, procedimentos cirúrgicos de alto custo e material de órteses, próteses e especiais.

As modalidades de plano estabelecidas também ajudaram ao consumidor para que o consumidor pudesse distinguir melhor qual a modalidade de atendimento está contratando ao assinar o contrato de prestação de serviços.

Após a expansão do mercado de planos de saúde, verificou-se como é precário o atendimento da rede pública, tanto que a procura é substancial e pode-se verificar como o mercado, ou seja, vê-se que o compromisso da Medicina Supletiva é primordial com o lucro das operadoras, prova que podemos retirar das justificativas dadas por essas operadoras para o aumento da mensalidade.

Devido às práticas abusivas praticadas pelas diversas operadoras de saúde e da constante procura do cidadão aos meios oficiais, como PROCON e diretamente ao judiciário, o STJ pacificou entendimento através da Súmula 469 para fazer valer os direitos do usuário, consolidando o seguinte entendimento:

“a operadora de serviços de assistência à saúde que presta serviços remunerados à população tem sua atividade regida pelo CDC, pouco importando o nome ou a natureza jurídica que adota” (REsp 267.530/SP, Rel. Ministro RUY ROSADO DE AGUIAR, QUARTA TURMA, julgado em 13/12/2000, DJ 12.03.2001, p. 147)

As operadoras utilizavam de diversos meios para aumentar a margem de lucro, tais como limitação de internamentos, exames, consultas, sessões de tratamento de fisioterapia, consultas, material necessário para procedimentos cirúrgicos, entre outros.

A jurisprudência nos mostra como eram resolvidos os litígios anteriormente à criação da Lei que normatiza os planos de saúde, através do RECURSO ESPECIAL 1997/0090585-3:

Plano de saúde. Limite temporal da internação. Cláusula abusiva.

1. É abusiva a cláusula que limita no tempo, a internação do segurado, o qual prorroga a sua presença em unidade de tratamento intensivo ou é novamente internado em decorrência do mesmo fato médico, fruto de complicações da doença, coberto pelo plano de saúde.

2. O consumidor não é senhor do prazo de sua recuperação, que, como é curial, depende de muitos fatores, que nem mesmo os médicos são capazes de controlar. Se a enfermidade está coberta pelo seguro, não é possível, sob pena de grave abuso, impor ao segurado que se retire da unidade de tratamento intensivo, com o risco severo de morte, porque está fora do limite temporal estabelecido em uma determinada cláusula. Não pode a estipulação contratual ofender o princípio da razoabilidade, e se o faz, comete abusividade vedada pelo art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor. Anote-se que a regra protetiva, expressamente, refere-se a

uma desvantagem exagerada do consumidor e, ainda, a obrigações incompatíveis com a boa-fé e a equidade.

3. Recurso especial conhecido e provido.

(REsp 158.728/RJ, Rel. Ministro CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/03/1999, DJ 17/05/1999, p. 197)

Com a regulamentação de seguimento ocorreram várias determinações básicas que teriam de sofrer ajustes, tais como: a propaganda deverá ser clara, as cláusulas contratuais restritivas de direito deverão estar em destaque, a redação deve ser precisa e compreensível.

O consumidor também tem sua cota de obrigação, tais como: guardar a sua via do contrato de serviços e esclarecer todos os pontos de cobertura e restrição, além da obrigação primordial, de manter as parcelas em dia.

4. ANS – Agência Nacional de Saúde

A edição da Lei dos Planos de Saúde não foi suficiente para estabilizar o mercado de saúde suplementar e fez-se necessário a criação da criação de uma agência reguladora, a ANS – Agência Nacional de Saúde; que se deu através da Medida Provisória 2.012-2, de 30 de dezembro de 1.999, e posteriormente pela Lei 9.961/00, que em seu histórico nos demonstra a capacidade em que se encontrava o sistema suplementar de saúde, quando afirma que:

“No entanto, até a promulgação da Lei 9.656/98, que definiu as regras para o funcionamento do setor de saúde suplementar, o Estado brasileiro não dispunha dos instrumentos necessários para a regulação do ramo de planos privados de assistência à saúde, já organizado e funcionando há décadas no país.

A lei, que entrou em vigor em 3 de junho de 1998, instituiu diversas garantias aos usuários, tais como: tornar obrigatório às operadoras o oferecimento do Plano Referência; proibir a rescisão unilateral de contratos e submeter à aprovação do governo os índices de reajuste anuais.” (ANS, **Histórico da Regulação**, Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/_destaque/artigo_complementar_11375.asp>; Acesso em: 28/04/13)

Na época de sua criação havia 2.200 operadoras e milhares de profissionais da área de saúde, 30 milhões de usuários, operadoras, prestadores de serviços de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), que operavam como bem lhes aprouvera, sem conexão entre as informações e procedimentos.

No século XX o sistema de saúde desenvolveu-se a partir da previdência social.

O número de reclamações que chegavam ao Procon e ao Judiciário era elevado, sendo a maior reclamação referente ao aumento abusivo das mensalidades, sem uma justificativa palpável para tal e as negativas para procedimentos, que em princípio deveriam estar cobertos pela prestadora de plano de saúde.

Para regular estas situações a ANS, que “exerce, com base em lei, típico **poder de polícia**, com a imposição de limitações administrativas, previstas em lei, fiscalização, repressão;...” (PIETRO, Maria Sylvia Zanella Di, 2013, p. 530), interferiu diretamente nestas situações, normatizando as condições da prestação de serviços que devem ser ofertadas para a sociedade, os tipos de planos que obrigatoriamente devem ser comercializados no mercado, quais medicamentos e quais procedimentos,

o tipo de cobertura de profissionais que são essenciais para a manutenção da saúde da população e que devem constar do rol de todas as operadoras existentes no mercado.

Da criação da ANS até à entrada em vigor da Lei 9.656/98 muitas eram as reclamações contra os planos de saúde, não somente em relação ao aumento da mensalidade, mas ainda sobre a negativa de atendimento, denúncias de atitudes antiéticas, problemas de solvência das empresas e outros.

As operadoras de saúde usualmente ofertavam benefícios que, após a normatização das operadoras de serviços de saúde passou a constar das cláusulas necessárias, ou ainda, suprimiam informações importantes como coberturas específicas de material ou procedimento ao contratante, sempre no interesse de obter mais usuários e de menor utilização do plano.

Com o passar dos anos, através da fiscalização da ANS, verificamos que o legislador não conseguiu prever todas as situações que ocorreram em relação as divergências entre operadoras, prestadoras de serviço, usuários e profissionais da área de saúde. Mesmo após a criação da Lei 9.656/98, ocorreram normatizações que serão descritas no decorrer desta pesquisa, sobre vários outros pontos, a exemplo do reaproveitamento de carência para o usuário que trocar o prestador de serviços afim de que não necessite interromper um tratamento já iniciado, seja na cobertura de materiais de órtese, prótese e material de alto custo ou ainda nas situações de atendimento de emergência.

Através da análise da linha do tempo podemos verificar a progressão dos trabalhos e as atividades desenvolvidas pela Agência.

Em 2.000 a agência estabelece sua sede no Rio de Janeiro.

Em 2.001 a Medida Provisória complementa a Lei 9.656/98, inaugura o Disque-ANS pelo serviço gratuito 0800 701 9656, abrindo um canal direto ao cidadão, a Lei nº 10.185 de 2001 determina a criação de empresas especializadas no segmento, estabelecem as primeiras regras de regulação de garantia financeira, regras de transferência de controle societário de operadoras, normas para a alienação compulsória de carteira e definição de regras sobre a Liquidação Extrajudicial das operadora, além da criação do SIP – Sistema de Informações de Produtos que deve acompanhar a assistência prestada aos consumidores e estabelecer regras para a designação de médico responsável pelo fluxo de informações relativas à assistência prestada aos consumidores.

Em 2.002 publicam as normas para o fornecimento de informações ao cadastro de beneficiários, para acompanhamento dos usuários pela ANS e criam regras para a Declaração de Saúde, o documento que vincula os contratos com as doenças preexistentes que o usuário possa ter.

Em 2.003 a ANS cria o Programa Parceiros da Cidadania e abre um canal de relacionamento com a sociedade civil organizada. Através da ADI nº 1931-8, o STF decide em caráter liminar conceder às operadoras autorização para seguir estritamente o que estava escrito nos contratos antigos dos planos antigos. Lançam o índice de reclamações no portal da agência objetivando informar à sociedade as operadoras que possuem o maior número de reclamações.

Em 2.004 lançam o Programa de Qualificação de Saúde Suplementar, que avalia a qualidade das operadoras e o desempenho institucional da ANS. A Lei nº 10.850/2004 determina e a ANS lança o PIAC – Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos, com a finalidade de incrementar o número de contratos de planos de saúde abrangidos pela nova regulação, além de criar carreiras e organizar os cargos efetivos das agências reguladoras. Lançam o Caderno de Informação de

beneficiários, operadoras e planos, que foi expandida e em 2006 passou a ser o Caderno de Informação da Saúde Suplementar periodicamente e a RN nº 82 edita a nova versão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Em 2.005 cria o padrão TISS – Troca de Informação em Saúde Suplementar, que organiza e padroniza as informações trocadas entre prestadoras de serviços e operadoras por meio de guias de atendimento utilizadas pelos planos de saúde. Lança as primeiras edições do Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar e do Anuário ANS. Cria a Rede de Centros de Colabores através de uma série de convênios com centros de pesquisa e pesquisadores dedicados à saúde suplementar. Realiza seu primeiro concurso público e edita a RN nº 94, iniciando o processo de implantação do conceito de promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar, induzindo as operadoras a focar na saúde do consumidor e assimilar uma nova forma de gestão preventiva.

Em 2.006 realiza o I Seminário Internacional de Regulação da Saúde Suplementar com o tema da qualificação do setor. Realiza ainda uma série de intervenções de regime de direção fiscal e determina alienação da carteira de beneficiários em várias operadoras de planos de saúde. A RN nº 142 institui a Reparação Voluntária e Eficaz, que possibilita ação reparatória dos danos e prejuízos causados pelas condutas infrativas das operadoras antes de lavrado o auto de infração

Em 2.007 desconcentra as ações administrativas e decisórias de fiscalização, dando mais autonomia aos 12 Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização (Nuraf) distribuídos pelo país, diminuindo em 40% o tempo entre o recebimento da reclamação do consumidor e a decisão do processo, já no primeiro ano de atuação. Lança o PAC – Programa de Aceleração do Crescimento, que define metas para a saúde suplementar. Com a RN nº 160 estende obrigatoriamente as garantias financeiras a todas as operadoras, fortalecendo a confiança no mercado. Assina o primeiro de uma série de Acordos de Cooperação Técnica com órgãos de defesa do consumidor e inicia-se a série de seminário O Trabalhador e a Saúde Suplementar, objetivando a difusão de informações referentes aos planos de saúde para os trabalhadores.

Em 2.008 com parceria do Ministério da Saúde inicia o movimento pelo parto normal e redução das cesarianas desnecessárias. Através da Instrução Normativa Conjunta DIPRO e DIOPE nº 01, estabelece novas regras que fortalecem a indução da adoção de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças pelas operadoras. Acontece o II Seminário Internacional em Regulação da Saúde Suplementar que realiza um balanço das conquistas obtidas. Após rigorosa revisão entra em vigor a nova versão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, incluindo mais 100 novas coberturas.

Em 2.009 implementa a portabilidade de carências no mercado de saúde suplementar. Lança a Guia ANS de Planos de Saúde que além de garantir a portabilidade oferece informações detalhadas sobre produtos e operadoras para que deseja contratar um operador de plano de saúde. Em parceria com o CMF – Conselho Federal de Medicina e a AMB – Associação Médica Brasileira lança o Projeto Diretrizes para elaborar diretrizes específicas para o segmento de saúde suplementar brasileira.

Em 2.010 cria o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar – NIP, instrumento que visa a solução de conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde para as situações de negativa de atendimento. É disposto o Regulamento Interno da Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e

consultivo, com a finalidade de auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas decisões. Lança o relatório de gestão 2004 – 2010 destacando as principais realizações do período. A Súmula Normativa reconhece para fins de aplicação a legislação o entendimento por companheiro de pessoas do mesmo sexo ou sexo oposto como beneficiário do titular.

Em 2.011 implanta sua primeira Agência Regulatória. É lançado o novo portal corporativo criando o Espaço do Consumidor disponibilizando entre outros o rol de procedimentos, com linguagem leiga para facilitar a busca de informações. Divulga a 1ª Carta de Serviços da ANS. Faz o primeiro repasse direto ao Fundo Nacional de Saúde com valores arrecadados de ressarcimentos ao SUS pelas internações de anos anteriores. As Resoluções Normativas nº 267, 275 e 277 estimulam a qualidade de atenção à saúde instituindo o programa de qualificação da rede de prestadores com a divulgação de certificados de qualidade, instituindo o QUALISS, um programa capaz de avaliar o desempenho assistencial dos prestadores de serviços de saúde e instituindo o programa de acreditação de operadoras de planos de saúde. A RN nº 259 define os prazos máximos para o atendimento de beneficiários de planos de saúde, a nº 279 assegura o direito ao trabalhador demitido e aposentado a possibilidade de manter o plano empresarial, a nº 252 ampliou a portabilidade das carências. Foram pacificadas três Súmula Normativa relativas à cobertura relacionada com saúde ocupacional e outras, com relação a inibição de solicitação de exames diagnósticos e referente a comercialização de planos que tentam inibir o ingresso do beneficiário em razão da saúde, idade ou deficiência.

Em 2.012 a RN nº 286 aperfeiçoa os requisitos obrigatórios para a celebração de contratos entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, amplia o padrão para a troca de informações no setor de planos privados de saúde, ampliam a portabilidade especial, define regras para o reajuste das mensalidades para os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, estabelece princípios para a oferta de medicação de uso domiciliar para portadores de patologias crônicas, adota entendimentos relativos ao parto, suspende a comercialização de planos que descumpriram prazos, de acordo com avaliação da agência, lança várias publicações como Guia de Bolso de Planos de Saúde com orientações sobre os direitos dos beneficiários e ainda as publicações Diretrizes Clínicas da Saúde Suplementar, Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar e Laboratório de Inovação na Saúde Suplementar, entre outras.

Considerações Finais

Através deste estudo verificamos que a sociedade está sujeita à muitas mudanças no decorrer dos anos. O poder que o Estado exerce também vai sendo reciclado, adequando-se e moldando às necessidades do meio que está inserido. Somente mediante a provocação o Estado intervirá nas relações entre os particulares, ou seja, somente intervém quando solicitado pela parte que sente prejudicada. Esta provocação deve ser realizada mediante via judicial, que é a única forma do Estado tomar conhecimento de onde é necessária a sua tutela.

Vivemos numa época em que aos olhos do leigo o Estado não vê o que se passa ao redor, porém pode constatar que o Estado está sempre vigilante, mas como nosso ordenamento não permite a intervenção direta em assuntos particulares, cabe a ele fiscalizar as leis já existentes e responder sempre que acionado.

Verifiquei que após a promulgação da Carta de 1988 os avanços na área social puderam ser colocados em prática, principalmente quanto ao setor de saúde, que é muito importante para o desenvolvimento de um povo. Através das pesquisas realizadas pude constatar que a sociedade já clamava por maiores ações do Estado no âmbito da saúde coletiva, porém os diferentes governos que tivemos desde o início do século XX não entendiam ser esta a prioridade.

Após o advento da Constituição Social fica claro que somente se pode fazer valer seus direitos àquele que por ele busca. Sem a devida provocação o Estado não intervirá, mas com a devida provocação o cidadão poderá obter a tutela justa.

Ainda não chegamos a satisfação plena neste setor, mas através dos avanços obtidos pelo órgão criado pelo Estado, a ANS podemos vislumbrar que é possível termos um pleno atendimento das nossas necessidades.

Este trabalho encontra-se em fase de pesquisa bibliográfica, havendo a possibilidade de mudança nas delimitações a serem atingidas.

Referências:

SILVEIRA, KARYNA ROCHA MENDES DA, **Tudo o que você precisa saber sobre Planos de Saúde**, São Paulo, Saraiva, 2.009.

TRETEL, DANIELA BATALHA, **Planos de Saúde** na visão do STJ e do STF, 1ª ed., São Paulo, Verbatim, 2.010.

FERRON, FABIANA, **Planos Privados de Assistência à Saúde**, Lei nº 9.656, de 3 de Junho de 1998, São Paulo, Leud, 2.002.

PIETRO, MARIA SYLVIA ZANELLA DI, **Direito Administrativo**, 26ª ed., São Paulo, Atlas, 2.013.

ANS, **Histórico da regulação**, Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/_destaque/artigo_complementar_11375.asp>, Acesso em 28.04.2013

FUNENSEG, TUDO SOBRE SEGUROS, **Um pouco de história**, Disponível em: <<http://www.tudosobreseguros.org.br/sws/portal/pagina.php?l=382>>; Acesso em 11/05/2013.

BRASIL, **STJ**, Disponível em: <http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=plano+de+sa%FAde&&b=ACOR&p=true&t=&l=10&i=881#>; Acesso em 11/05/13.

ANS, **Linha do Tempo**, Disponível em <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico/1395-linha-do-tempo>>, Acesso em 11/05/2013.

JUSBRASIL, Jurisprudência, **REsp 267530 SP 2000/0071810-6**, Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/320233/recurso-especial-resp-267530-sp-2000-0071810-6-stj>>; Acesso em 11/05/2013.