

Marco regulatório do setor foi um divisor de águas na garantia dos direitos dos beneficiários da saúde suplementar



No dia 3 de junho, a [Lei nº 9.656/1998](#), marco regulatório do setor de planos de saúde, completa 25 anos e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) destaca a importância desse divisor de águas, que trouxe garantias fundamentais para os usuários da saúde suplementar.

“A regulamentação estabelecida pela Lei nº 9.656 foi essencial para assegurar aos consumidores direitos importantes na contratação de um plano de saúde e para garantir a estabilidade e a solidez desse importante mercado, possibilitando a evolução e o contínuo crescimento do setor. O conjunto de regras contribuiu para a organização do setor e assegurou aos beneficiários de plano de saúde direitos que antes só eram previstos quando expressamente registrados nos contratos”, destaca o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello.

Entre as principais conquistas trazidas pela lei estão:

Segmentação do plano: instituiu o plano-referência de assistência à saúde, segmentação mais completa - que contempla cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, partos e tratamentos para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-10) - e exceções de cobertura; e introduziu o conceito de planos segmentados, trazendo mais flexibilidade de escolha ao consumidor, com as coberturas previstas em cada segmentação.

Internação: assegurou internação hospitalar pelo tempo que for preciso para recuperação do paciente, não podendo haver limite de dias. Antes da lei, os planos de saúde podiam estabelecer prazos máximos de internação e prazos de carência alongados e frequentemente excluíam cobertura de algumas doenças importantes, como o câncer.

Coberturas: estabeleceu que as coberturas dos planos serão objeto de regulamentação pela ANS, por meio da definição de um rol de coberturas obrigatórias, revisado periodicamente, através do qual não se permite restringir a cobertura a determinadas doenças e busca-se compatibilizar a necessária atualização tecnológica dos procedimentos em saúde com a sustentabilidade do setor.

Urgência e emergência: estabeleceu os conceitos de urgência e emergência e firmou a obrigatoriedade de cobertura de tais atendimentos, após cumpridos os prazos de carência.

Carência: os prazos de carência foram padronizados e limitados a períodos efetivamente necessários para coibir o risco na utilização do plano.

Reembolso: assegurou a possibilidade de reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras.

Seleção de risco: estabeleceu que as operadoras são proibidas de negar clientes por conta de alguma deficiência, doença pré-existente ou idade.

Aposentados e demitidos: assegurou o direito de manutenção do plano aos aposentados e em caso de demissão, rescisão ou exoneração de contrato de trabalho sem justa causa.

Reajuste: fixou regras mais claras para os reajustes por faixa etária, buscando proteger os direitos dos consumidores.

Rescisão: proibiu a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato em planos individuais ou

familiares, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência, e desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

Funcionamento das operadoras: estabeleceu requisitos para que as operadoras obtenham autorização de funcionamento e os instrumentos à disposição da ANS passíveis de serem adotados em caso de anormalidades que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários, isto é, direção fiscal ou técnica, alienação da carteira e liquidação extrajudicial.

Garantias financeiras: definiu garantias para equilíbrio econômico-financeiro das operadoras, contribuindo para sanear gradativamente o mercado, promovendo uma gestão mais profissional e prudente dos recursos e, portanto, tornando o setor mais solvente.

Condutas infrativas: estabeleceu penalidades a que as operadoras estão sujeitas caso descumpram os contratos e regulamentos do setor, assim como a possibilidade de as operadoras firmarem Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta com o objetivo de cessar e corrigir eventuais irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes. Trouxe também o instituto do Termo de Compromisso, que prevê a possibilidade de celebração de acordo com as operadoras para implementação de práticas vantajosas aos consumidores.

Ressarcimento ao SUS: instituiu a obrigatoriedade de ressarcimento, pelas operadoras, pelos serviços previstos nos contratos prestados a seus consumidores em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Rede de prestadores: estipulou as condições para substituição e redimensionamento da rede de prestadores de serviços de saúde e obrigações e direitos gerais dos consumidores quanto ao atendimento; e determinou que as condições de prestação de serviços de atenção à saúde devem ser reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.

Informações: determinou os dispositivos que devem constar nos contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos e estabelece as informações obrigatórias que as operadoras devem fornecer periodicamente à ANS sobre suas atividades e consumidores.

Fonte: [ANS](#), em 02.06.2023.