ANS amplia prazos para plano de saúde atender durante a pandemia

No momento em que o cidadão contrata um plano assistencial de saúde, a expectativa é que, a partir do momento no qual haja a necessidade de utilização deste serviço, que seja prestado efetivamente, o mais rápido possível e com a precisão que se deseja alcançar.

Trata-se de sentimento inato do ser humano. A partir do momento em que eventuais problemas de saúde apareçam, as pessoas pretendem que tais males sejam rapidamente resolvidos para que a normalidade se restabeleça e seja possível a retomada da sua vida social, econômica, profissional. Isso vale também para os casos nos quais os usuários pretendem apenas realizar procedimentos médicos de checagem (*check up*), para que possam ter a tranquilidade e de que permanecem saudáveis.

Não obstante, normalmente não se atenta que há regramento estabelecido pelo órgão regulador autorizado pelo Poder Constituinte quanto à tempestividade do atendimento desejado. Na verdade, quando se contrata a prestação de serviços referente a um plano de saúde, se despreza o conhecimento acerca do regulamento amplo que integra o setor da saúde suplementar.

A primeira coisa que se deve observar quando se inicia a vigência do contrato de plano de saúde privado é que não será possível utilizar de pronto os benefícios contratualmente previstos. Para tanto, os usuários terão de aguardar 180 dias para que possam gozar dos custeios dos tratamentos médicos assistenciais, via de regra. No entanto, se a usuária de plano de saúde necessitar de atendimento para fins de realização de parto a termo, neste caso, o tempo que deve aguardar para que seja contemplada pela assistência médica é de 300 dias.

Vale ainda registrar que, caso o contratante precise do atendimento assistencial em face de urgência (acidente pessoal ou complicação no processo gestacional) ou emergência (risco imediato à vida ou lesão irreparável), o prazo que deve ser respeitado será de 24 horas para o custeio do trato médico. As definições de situações de urgência emergência aqui descritos possuem previsão no artigo 35-C, incisos I e II, da Lei de Planos de Saúde (Lei 9.656/1998).

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.

Tais prazos, que evidenciam o instituto da carência contratual e que devem ser respeitados, estão previstos no artigo 12, inciso V, alíneas a, b e c, da Lei dos Planos de Saúde (LPS).

Ademais, caso o beneficiário possua alguma lesão ou doença preexistente à contratação, para que possa usufruir dos leitos de alta tecnologia, realizar cirurgias e Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, será necessário aguardar 24 meses. No artigo 35-E, inciso II, da LPS, consta o permissivo legal para a regulamentação do órgão regulador acerca destes procedimentos citados. Assim, na Resolução Normativa da ANS 162, fora realizado tal detalhamento quanto às regras sobre as doenças e lesões preexistentes e dentre elas, a questão do tempo de espera para que se possa usufruir dos benefícios.

Superada esta questão, acerca da carência e preexistência, preenchido o requisito do fator tempo, poderá o usuário de plano de saúde privado se utilizar dos benefícios assistenciais. Todavia, como dito anteriormente, existe um regramento específico, para que os atendimentos sejam realizados a contento, regulamentado pela ANS.

Para cada tipo de solicitação de assistência privada à saúde, haverá um prazo previamente estabelecido no regulamento para que seja prestado o serviço para o usuário. Problema é que muitas vezes se desconhece (repita-se) quais as regras do setor e pela "demora" no atendimento, são apresentadas ações judiciais desnecessárias.

Acontece que estamos atravessando um momento crítico na saúde, em nosso país e no mundo, diante de um vírus que provocou a demanda desenfreada do contingente populacional nos hospitais, gerando a lotação nos leitos disponíveis nos nosocômios. Diante desta situação de pandemia que se encontra o Brasil, foi necessária a flexibilização dos prazos de atendimento pela ANS, de modo que se possa estabelecer um combate ao mal que nos aflige e que sirva de auxílio para que, desta maneira, se possa evitar o colapso do sistema de saúde brasileiro.

Prazos máximos de atendimento

Como já fora registrado, boa parte da população brasileira usuária de planos de saúde privados desconhece os prazos de atendimento que são postos como regra no setor da saúde suplementar pela ANS. Vale pontuar apenas, que a ANS é o órgão regulador autorizado na Constituição Federal para atuar regulamentando e fiscalizando as atividades das operadoras/ seguradoras de saúde. A ANS foi criada por lei federal e nela (Lei 9.961/2000) está prescrita sua competência.

É muito importante que sejam expostas (por meio de artigos, entrevistas, em seminários) publicamente (sempre que possível) as regras da regulamentação, para as diversas temáticas que digam respeito aos planos de saúde privados. Conforme já comentado, pela falta de informação, muitas vezes uma situação que nem sequer é controversa é judicializada. Como é o caso de consultas e exames, que têm prazos estabelecidos e, portanto, não há que se falar em lesão, dano, em controvérsia. Ultrapassado o prazo de carência contratual (lapso de tempo que o usuário deve aguardar para que tenha direito aos benefícios do plano de saúde privado), ao solicitar a prestação de serviços, via de regra, o beneficiário deve aguardar o agendamento conforme prazos máximos de atendimento que constituem regra na atividade do setor.

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.

Em conformidade com o artigo 3º, incisos e parágrafos da Resolução ANS 259, os prazos de atendimento para exames, consultas, terapias, cirurgias, são os seguintes:

- consulta básica – pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;
- consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
- consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
- consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
- consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
- serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
- demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- procedimentos de alta complexidade – PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
- atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
- urgência e emergência: imediato.

Ainda em conformidade com o regulamento acima citado, informação de importância para fins de registro e comunicação à sociedade, o prestador disponível do plano de saúde privado do município no qual o beneficiário solicita a demanda, não será necessariamente, aquele especificamente escolhido pelo usuário. Portanto, qualquer prestador da rede assistencial propiciará o acesso para o contratante, acerca do atendimento médico pretendido.

Mais um detalhe de importância na resolução normativa da ANS supracitada se vincula aos prazos de consultas de retorno. Tal funcionalidade fica a critério dos prestadores que realizarão os procedimentos requeridos.

Os prazos acima elencados devem ser obedecidos pelas operadoras/ seguradoras de saúde e os beneficiários devem obrigatoriamente aguardar pelo agendamento/ realização do procedimento médico. Esses prazos usuais devem ser considerados dentro de uma situação de normalidade sócio-econômica e que o sistema de saúde esteja funcionando regularmente.

Desta feita, a ANS recomenda que:[1]

- caso o atendimento não seja realizado dentro dos prazos máximos estabelecidos, que os usuários entrem em contato com a operadora do plano de saúde para obter uma alternativa para o atendimento solicitado (ou ainda, que solicitem indicação de profissionais que compõem a rede referencial);
- a operadora de saúde tem por obrigação garantir o acesso ao usuário no tocante às coberturas minimamente obrigatórias, considerando a área de abrangência geográfica contratada.

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.

O bom senso nos orienta a procurar a operadora/ seguradora de saúde caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo. Assim, se evita a judicialização da saúde e proporciona auxílio na sustentabilidade do setor, pois, cada processo judicial a mais representa um gasto maior não previsto no orçamento de custos utilizado para aquele contrato de plano de saúde em discussão. Falamos sobre tais detalhes, numa oportunidade anterior.[2] É possível, por exemplo, que o plano de saúde tenha observado a ausência de alguma documentação (relatório médico, por exemplo) e tenha solicitado o envio, situação na qual pode alterar o prazo de agendamento do procedimento médico.

No tocante às coberturas minimamente obrigatórios que a ANS se refere em seu portal, tal fato diz respeito ao que está previsto na lei e no contrato. O órgão regulador, autorizado por lei, conforme sua competência, elabora, a cada dois anos, aproximadamente, um rol de procedimentos e eventos em saúde, com base em estudos técnico-científicos e análises de impacto da comercialização do serviço no mercado econômico, para que os planos de saúde sejam obrigados a custear os tratamentos ali previstos. Caso o trato médico não esteja inserido nesta lista, não há obrigatoriedade de autorização em benefício do usuário.

Imprescindível que os contratantes de planos de saúde privados tenham essas informações em mãos e que as utilizem corretamente, fato este que propicia um funcionamento mais efetivo dos atendimentos, havendo cooperação de ambos os lados, quais sejam, consumidores e operadoras/ seguradoras de saúde.

Prazos máximos na pandemia do Covid-19
O *status quo* atual, no tocante à saúde no Brasil (e no mundo) e ainda, referente à situação sócio-econômica, restou alterado. Isso em virtude da pandemia causada pelo Covid-19, como sabemos, fato público e notório, que dispensa maiores explicações.

A sociedade brasileira (e também outras ao redor do globo) passam por dificuldades econômicas em virtude do isolamento social provocado pelo patógeno e ao mesmo tempo, a crise no sistema de saúde ameaça um possível colapso nesta esfera.

Diante da situação que aflige nosso país, a ANS se reuniu de forma extraordinária em 25/3/2020 e assim, prorrogou, em caráter excepcionalíssimo, os prazos máximos de atendimento referentes ao setor da saúde suplementar. Assim, ficaram definidos os seguintes prazos (que se sobrepõem aos regrados na RN ANS 259):[3]

- consulta básica – pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 14 (catorze) dias úteis;
- consulta nas demais especialidades médicas: em até 28 (vinte e oito) dias úteis;
- consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 20 (vinte) dias úteis;
- consulta/sessão com nutricionista: em até 20 (vinte) dias úteis;
- consulta/sessão com psicólogo: em até 20 (vinte) dias úteis;
- consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 20 (vinte) dias úteis;
- consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 20 (vinte) dias úteis;
- consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 14 (catorze) dias úteis;

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.

- serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 6 (seis) dias úteis;
- demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 20 (vinte) dias úteis;
- procedimentos de alta complexidade – PAC: em até 42 (quarenta e dois) dias úteis;
- atendimento em regime de hospital-dia: SUSPENSO;
- atendimento em regime de internação eletiva: SUSPENSO; e
- urgência e emergência: imediato.

Observamos, a princípio, que os prazos usuais de atendimento foram dobrados em razão da crise que atinge os sistemas de saúde e a economia do nosso país.

Não obstante, a ANS chegou no consenso de que os prazos atualmente previstos serão mantidos para situações cujo tratamento não possa ser interrompido por colocar em risco a vida do paciente, assim definidos:[4]

- atendimentos relacionados ao pré-natal, parto e puerpério;
- doentes crônicos;
- tratamentos continuados;
- revisões pós-operatórias; diagnóstico e terapias em oncologia, psiquiatria e;
- aqueles tratamentos cuja não realização ou interrupção coloque em risco o paciente, conforme declaração do médico assistente (atestado).

Igualmente válido o destaque da importância para a manutenção da necessidade de atendimento imediato para os casos de urgência e emergência.

Por fim, os atendimentos em regime de hospital-dia e de internação eletiva estão suspensos, medidas estas adotadas para se evitar o alto risco de contaminação e assim, combater a sobrecarga das demandas das unidades de saúde e a superlotação dos leitos destinados ao enfrentamento da pandemia.

Mas de nada adianta a aplicação de tais medidas anunciadas se a comunicação não chega na sociedade. Por isso, as operadoras/ seguradoras de saúde envidaram esforços para abrir seus canais de atendimento por meio de aplicativos e sítios eletrônicos, mensagens por SMS, *e-mails*, de modo que tal postura possibilitasse a entrega massiva destes dados para o contingente populacional.

Importante a orientação da ANS (e do Ministério da Saúde) referente ao isolamento social para diminuir o contágio, já que as pessoas terão de aguardar mais um pouco para o atendimento e só comparecer na unidade de saúde quando for exatamente o momento do atendimento médico.

Outrossim, o comparecimento físico só deve ser realizado havendo a estrita necessidade, devendo o sistema de saúde como um todo adotar o atendimento médico remoto, com mais ênfase, neste período pandêmico, face solicitação do Ministério da Saúde ao Conselho Federal de Medicina – CFM, tendo esta entidade definido e formalizado, por meio do Ofício 1.756/2020, encaminhado para o Ministério, no qual se reconhece a utilização da telemedicina, pelo disposto na Resolução CFM 1.643/2002. Sobre este assunto, tivemos a oportunidade de tecer alguns comentários em outro trabalho.[5]

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.

Conclusão
Compete à ANS especificar regras quanto aos mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde, isso em conformidade com o artigo 4º, da Lei 9.961/2000, legislação na qual fora formalizada a criação do órgão regulador.

A ANS vem seguindo as orientações do Ministério da Saúde, que, por sua vez, acompanha as orientações da Organização Mundial de Saúde – OMS. A partir do momento no qual se visualizou o início da pandemia do Covid-19 e os alertas foram dados para o sistema de saúde brasileiro, acerca do possível estado de colapso, mais especificamente no que se refere à lotação do número de leitos que estariam disponíveis para o tratamento médico não só das pessoas infectadas pelo vírus, mas também para o cuidado de outras enfermidades, medidas excepcionais tiveram de ser tomadas.

A preocupação na tomada de decisões extremas se voltou precipuamente para a preservação da vida do brasileiro.

Considerando que as unidades de saúde em nosso país rapidamente receberam uma sobrecarga na sua demanda ordinária, serviços que não estavam caracterizados com urgência, tiveram de ser adiados para que pudessem ser realizados um pouco mais à frente. Válido ainda ressaltar que a manutenção dos prazos de atendimento usuais acarretaria uma maior exposição da população usuária de planos de saúde privados aos riscos de contaminação do Covid-19.

Assim, a finalidade das medidas atípicas sinalizadas quanto aos prazos de atendimento sempre foi no sentido de preservar o sistema de saúde como um todo. São providências adotadas que afetam diretamente o setor da saúde suplementar, mas que tem como objetivo o benefício de toda a população brasileira.

Nada impede a reanálise das diretrizes adotadas temporariamente. Como se sabe, o órgão regulador possui também função fiscalizadora das atividades do setor. Os atendimentos estarão sendo monitorados, por óbvio e havendo a necessidade de flexibilização ou maior rigidez das novas regras aplicadas, isso será efetivado.

Assim, tendo a ANS prorrogado os prazos máximos de atendimento das consultas e exames que não são urgentes e ainda, suspendendo os prazos de atendimento em regime de hospital-dia e em regime de internação eletiva, possibilitou (e ainda possibilita) de alguma forma o “desafogamento” das unidades hospitalares em todo o país e como se disse, auxilia no combate à proliferação do contágio.

Válido ainda destacar que os tratamentos que são considerados urgentes e, ainda, que decorrem de eventuais emergências, ficam mantidos os prazos contidos no regulamento, mas não só estes, como os que concernem aos tratos médicos que não podem ser interrompidos, já que haveria risco de vida para o paciente. Como se disse, a saúde da população e dos usuários dos planos de saúde privados são elencadas como preocupação primária pela ANS.

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.

** JurisHealth é um esforço articulado entre profissionais da Saúde, do Direito e da Comunicação, com o objetivo de melhorar a compreensão em torno de temas relevantes do setor de saúde. É uma iniciativa que visa fornecer referências técnicas e analíticas a respeito do sistema de saúde suplementar do Brasil e, assim, prover elementos consistentes para avaliar controvérsias levadas aos tribunais. Saiba mais em www.jurishealth.com.br*

[1] ANS. Prazos máximos de atendimento. Disponível em http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-maximos-de-atendimento Acesso em 27/4/2020.

[2] Consultor Jurídico – ConJur. Wei, Eliezer Queiroz de Souto. Natureza suplementar do serviço de assistência privada dos planos de saúde. Disponível em https://www.conjur.com.br/2019-set-17/natureza-suplementar-assistencia-privada-planos-saude Acesso em 27/04/2020.

[3] ANS. ANS adota medidas para que as operadoras priorizem combate à Covid-19. Disponível em http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5448-ans-adota-medidas-para-que-operadoras-priorizem-combate-a-covid-19 Acesso em 27/4/2020.

[4] *Ibidem.*

[5] Consulto Jurídico – ConJur. Wei, Eliezer Queiroz de Souto. Utilização da telemedicina como alternativa em tempos de pandemia. Disponível em https://www.conjur.com.br/2020-mar-23/souto-wei-telemedicina-alternativa-tempos-pandemia Acesso em 27/4/2020.

Date Created
28/04/2020

2023 - www.conjur.com.br - Todos os direitos reservados.