

A RESOLUÇÃO DE CONFLITOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR ATRAVÉS DA NOTIFICAÇÃO DE INTERMEDIÇÃO PRELIMINAR DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

*THE RESOLUTION OF SUPPLEMENTARY HEALTH CONFLICTS
THROUGH THE NATIONAL HEALTH AGENCY'S PRELIMINARY
INTERMEDIATION NOTIFICATION*

*RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS
MEDIANTE NOTIFICACIÓN DE INTERMEDIACIÓN PRELIMINAR DE LA
AGENCIA NACIONAL DE SALUD*

Roberta Kelly Silva Souza¹

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 prevê como o direito à saúde como direito de todos e um dever do Estado, o qual deverá ser garantido mediante políticas sociais e econômicas. Entretanto, a rede pública de saúde muitas vezes é insuficiente, competindo à rede privada, de forma subsidiária, suprir tal insuficiência. Assim, muitos usuários buscam com seus próprios recursos, serviços de saúde. A saúde suplementar atua de forma complementar, por intermédio de prestações a serem adquiridas pelos indivíduos com seus recursos financeiros. A Notificação de Intermediação Preliminar visa solucionar extrajudicialmente os conflitos entre beneficiários e Operadoras de Plano de Saúde.

Palavras-chave: direito à saúde; saúde suplementar; notificação de intermediação preliminar.

¹ Doutoranda em Direito Constitucional pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR; Mestra em Sistema Constitucional de Garantias de Direitos pela Instituição Toledo de Ensino; Especialista em Giustizia Costituzionale e Tutela Giurisdizionale pela Università di Pisa, UNIPI, Itália; Especialista em Direito Processual e Direito Público pelo Centro Universitário de Ensino Superior do Amazona; Bacharel em direito pela Universidade Nilton Lins; E-mail: rkellyss@yahoo.com.br.

ABSTRACT

The Federal Constitution of 1988 provides for the right to health as a right of all and a duty of the State, which must be guaranteed through social and economic policies. However, the public health network is often insufficient, and it is up to the private network, in a subsidiary way, to supply this insufficiency. Thus, many users seek health services with their own resources. Supplementary health works in a supplementary way, through benefits to be acquired by individuals with their financial resources. The Preliminary Intermediation Notification aims to resolve conflicts between beneficiaries and Health Plan Operators out of court.

Keywords: right to health; supplementary health; preliminary intermediation notice.

RESUMEN

La Constitución Federal de 1988 establece el derecho a la salud como un derecho de todos y un deber del Estado, que debe ser garantizado a través de políticas sociales y económicas. Sin embargo, la red sanitaria pública es a menudo insuficiente y corresponde a la red privada, de forma subsidiaria, compensar esta insuficiencia. Así, muchos usuarios buscan servicios de salud con sus propios recursos. La asistencia sanitaria complementaria funciona de forma complementaria, a través de prestaciones que deben adquirir los individuos con sus recursos económicos. La Notificación Preliminar de Intermediación tiene como objetivo resolver extrajudicialmente los conflictos entre beneficiarios y Operadores de Planes de Salud.

Palabras clave: derecho a la salud; salud suplementaria; notificación preliminar de intermediación.

Data de submissão: 14/09/2023

Data de aceite: 11/12/2023

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 positivou inúmeros direitos e garantias fundamentais pela primeira vez no país, pois buscou uma maior valorização de direitos fundamentais, inerentes ao ser humano, bem como ressaltou a importância da dignidade humana.

Desta feita, a atual Constituição deu maior visibilidade à saúde, ao prever, em seu art. 196, que o direito à saúde é um direito de todos e, ao mesmo tempo, um dever do Estado, devendo ser garantido mediante políticas sociais e

econômicas. A criação do Sistema Único de Saúde – SUS no ano de 1990 e a regulamentação dos planos de saúde de 1998 também foram marcos importantes sobre o assunto.

O art. 199 da Constituição estatui a assistência à saúde como livre iniciativa privada, ou seja, as instituições privadas também poderão participar, de forma suplementar ao SUS e segundo as diretrizes deste, da prestação do serviço de saúde no país, oferecendo prestações a serem adquiridas pelos indivíduos com seus próprios recursos.

A saúde suplementar constitui a atividade que envolve o mercado de planos de saúde de assistência médica de saúde no país e atuará em caso de insuficiência da rede pública de saúde, cabendo à rede privada, de forma subsidiária, suprir tal insuficiência ou poderá explorar por meio de pagamentos efetuado pelos usuários, serviços de saúde, segundo regras de direito privado.

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1988 (Brasil, 1998), dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (Brasil, 2000), que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS constituem marcos legais para a regulação do setor de saúde suplementar.

A Notificação de Intermediação Preliminar – NIP é um procedimento regulatório da ANS que visa a resolução de conflitos entre beneficiários e as Operadoras de Plano de Saúde – OPS, atua como propulsora de ações fiscalizatórias pelo órgão regulador, bem como realiza o monitoramento do mercado de saúde suplementar.

Assim, o presente tema se justifica em razão da necessidade de realizar um estudo acerca da resolução de conflitos extrajudiciais na saúde complementar, uma vez que cada vez é mais crescente a judicialização de demandas da área da saúde.

Da análise do tema proposto, este ensaio aborda a seguinte problemática: como são solucionados os conflitos extrajudiciais entre os beneficiários e as Operadoras de Plano de Saúde através da Notificação de Intermediação Preliminar da ANS?

O presente estudo terá como objetivo geral demonstrar a importância da resolução extrajudicial de conflitos entre os beneficiários e as Operadoras de Plano de Saúde. Oportunamente, menciona-se que o objetivo específico deste trabalho é discorrer acerca Notificação de Intermediação Preliminar da ANS.

Assim, visando alcançar os objetivos supracitados, por intermédio de pesquisa bibliográfica, bem como observando o critério dedutivo metodológico, o primeiro capítulo aborda acerca do direito à saúde, o qual está previsto na Constituição Federal de 1988 e é classificado como um direito social, cujo principal intuito é a sua garantia ao grupo, de forma igualitária.

O segundo capítulo, por sua vez, disserta sobre a saúde suplementar, que constitui a atividade que envolve o mercado de plano de saúde de assistência médica de saúde no país e possui grande relevância para uma parcela significativa da população (famílias e empresas), pois atua de forma complementar à rede pública de saúde.

O terceiro capítulo, trata mais especificamente a respeito da NIP, explica-se o trâmite da NIP da ANS e como constitui um modelo importante de solução extrajudicial de conflitos entre beneficiários e Operadores de Plano de Saúde.

Destarte, faz-se necessário o incentivo de resolução extrajudicial de conflitos tanto no âmbito da saúde suplementar, como em outros ramos, tendo em vista que é sabido que cada vez o Judiciário está sobrecarregado de processos que poderiam, em tese, serem solucionados extrajudicialmente.

2 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) representou a conquista de muitos direitos para todos, uma vez que ampliou substancialmente os direitos fundamentais básicos, dentre eles, destaca-se o direito à saúde, previsto nos artigos 6º e 196, como direito de todos e dever do Estado, consolidando os princípios para a criação do Sistema Único de Saúde, *in verbis*:

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, 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.

Art. 196. 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. (Brasil, 1988).

Ao prever a saúde como um direito social, no art. 6º, a Constituição Federal incluiu o direito à saúde, no rol dos direitos fundamentais. Entretanto, é importante lembrar que tal direito constitui desdobramento do próprio direito à vida, tendo em vista que pressupõe o reconhecimento da sobrevivência digna do indivíduo, assegurado e exigível em face do estado. Logo, não poderia deixar de ser considerado como um direito fundamental do indivíduo, mesmo se não houvesse a previsão Constitucional.

Nesse sentido, Serrano (2012) destaca que os direitos sociais, por serem direitos fundamentais, não podem ser renunciados, tendo em vista que visam a garantia uma vida humana digna, sendo destinados a todo e qualquer ser humano sem restrição.

Assim, enquanto direito social, o direito à saúde ampara não apenas os economicamente vulneráveis, mas sim todas as pessoas, pois constitui em um direito prestacional cujo objetivo é proporcionar a todos os benefícios da vida em sociedade. Com isso, assegurar o direito à saúde pressupõe uma boa gestão política e econômica, por se tratar de um direito que precisa ser prestado no tocante à proteção, recuperação e prevenção da saúde do indivíduo (Fortunato; Botelho, 2021).

Assim, há uma verdadeira dualidade de natureza no direito à saúde, tendo em vista que constitui um direito individual e direito social, que poderá eventualmente gerar questionamentos quanto à modalidade de tutela, coletiva ou individual. Entretanto, tal natureza dúplice não obsta a sua proteção judicial (Maia, 2012).

O art. 196 da Constituição Federal, por sua vez, consagra o princípio da universalidade, o qual diz respeito aos recursos e ações na área de saúde pública, que devem ser destinados ao ser humano enquanto gênero, não podendo, portanto, ficar restritos a um grupo, categoria ou classe de pessoas, ou seja, deve ser universal. Assim, a universalidade envolve a de cobertura que está relacionada com a proteção de todos os riscos sociais relativos à saúde da

população e a de atendimento, que tem relação direta com as pessoas que serão atendidas quando tiverem qualquer contingência sanitária (Fortunato; Botelho, 2021).

Nesse sentido, são expressamente considerados como de relevância os serviços públicos e as ações relativas à saúde e integram uma rede regionalizada e hierarquizada, bem como constituem um Sistema Único de Saúde - SUS e organizado de acordo com as diretrizes do art. 198 da Constituição Federal (Brasil, 1988):

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III – participação da comunidade.

O SUS é responsável pela execução das políticas públicas de saúde, mas, observa-se que a demanda é muito maior do que a possibilidade dos cofres públicos, tendo em vista a quantidade de solicitações por medicamentos, cirurgias e tratamentos, bem como em termos de valores, cirurgias, medicamentos e tratamentos caros, os quais nem todos estão cobertos pelo Sistema, e outros não são disponíveis de pronto (Fortunato; Botelho, 2021).

Dessa feita, a Constituição preconizou por um regime de cooperação entre União, Estados e Municípios, que devem, em comunhão de esforços, promover o atendimento à saúde da população. Em que pese, cada uma dessas esferas, possuem a sua competência administrativa definida pela Lei nº 8.080/90, estas esferas devem agir em concurso e de forma solidária, uma suplementando a outra.

Ademais, o direito à saúde preza pelo acesso universal às prestações de saúde e para todas as pessoas e concomitantemente exige razoabilidade na análise da situação fática da contingência como urgência, emergência ou situação eletiva, ou seja, exige-se planejamento na sua gestão por parte dos gestores públicos e governantes, tendo em vista que o orçamento público é limitado, mas as necessidades humanas são ilimitadas (Fortunato; Botelho, 2021).

Nesse ínterim, o direito à saúde privilegia a igualdade, tendo em vista que as limitações aos comportamentos humanos existem justamente para que todos possam usufruir igualmente das vantagens da vida em sociedade. Com isso, a garantia de oferta de cuidados de saúde do mesmo nível a todos que deles necessitam também diz respeito a igualdade. Assim, apenas o Estado que garantir tal direito poderá assegurar as mesmas medidas de proteção e iguais cuidados para a recuperação da saúde para todo o povo.

Entretanto, em muitas oportunidades, o Poder Público é omissivo no cumprimento de prestar o atendimento integral de saúde, o que acarreta uma insuficiência no atendimento das demandas de saúde à população. Assim, diante das limitações e da alta demanda do SUS, muitos cidadãos que possuem condições financeiras optam pela iniciativa privada.

3 A SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA ALTERNATIVA PARA O POVO BRASILEIRO

O direito à saúde é um dever do Estado e está assegurado constitucionalmente para toda e qualquer pessoa no território nacional. Entretanto, o Estado brasileiro ainda está longe de cumprir a integralidade de sua obrigação constitucional, diante do já conhecido enfraquecimento dos serviços do SUS. Por outro lado, é importante destacar que a Constituição prevê que o sistema de saúde é livre para a exploração da iniciativa privada, em seu §1º, do art. 199 “*as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste [...]*” (Brasil, 1988, grifo próprio).

Assim, se trata de campo aberto para a atuação da iniciativa privada, a qual poderá ser por convênio ou contrato, para participar do SUS, caracterizando-se como saúde complementar, o que pressupõe a insuficiência da rede pública de saúde, competindo à rede privada, de forma subsidiária, suprir tal insuficiência. Ou poderá explorar, por meio de pagamento efetuado pelos usuários, com seus próprios recursos, serviços de saúde, segundo as regras de direito privado, tratando, portanto, de saúde suplementar (Dias; Caminha, 2015).

Ademais, a própria Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), dispõe acerca da natureza complementar em art. 24, *in verbis*:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público. (Brasil, 1990).

A saúde suplementar faz parte do campo das atividades econômicas em sentido estrito e, portanto, necessita de uma regulamentação que busque equilibrar o desempenho por particulares e as margens de lucro compatíveis, sob pena de afastar os agentes privados de tal setor, acarretando prejuízos aos consumidores, os quais apenas teriam a rede pública como opção, caso não pudessem optar pela saúde suplementar (Dias; Caminha, 2015).

Ademais, a saúde suplementar, tanto quanto o setor de seguros, é responsável pela diluição dos riscos inerentes à vida humana, tendo em vista que sem os seguros, cada indivíduo seria o responsável por sua própria proteção. Assim, com o surgimento do setor securitário, cada atividade possui sua área de concentração, deixando para o setor de seguros a sua especialidade: a administração de riscos. Com isso, os benefícios advindos da especialização e divisão do trabalho suportam e justificam a existência de seguros (Coutinho; Cidrão, 2018).

Dessa forma, com o intuito de proteger a parte mais frágil da relação foi editada a Lei nº 9.656/98 (Brasil, 1998), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para os contratos a elas anteriores, o Código de Defesa do Consumidor e, antes do referido Código havia os princípios gerais de direito, como a boa fé, a proteção da parte hipossuficiente da relação jurídica e a vedação ao abuso de direito (Dias; Caminha, 2015).

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Brasil, 1998), a qual versa a respeito das diretrizes gerais dos planos privados de assistência médica, bem como subordina toda e qualquer atuação do setor privado na esfera da saúde complementar à regulação e fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Em 28 de janeiro de 2000, foi publicada a Lei nº 9.961 (Brasil, 2000), a qual criou a ANS, autarquia sob regime especial e vinculada ao Ministério da Saúde, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de saúde suplementar. A ANS possui como objetivo a regulação e fiscalização das atividades das operadoras do sistema privado de assistência médica, promover a promoção da defesa do interesse público no âmbito da saúde suplementar, nos termos da referida lei (Suryan, 2014), bem como inibir práticas lesivas ao consumidor e estimular comportamentos que reduzam os conflitos e promovam a estabilidade do setor.

Em que pese a ANS possuir extensas atribuições na legislação, principalmente no que diz respeito à competência regulamentar, a autarquia está restrita às atividades técnicas de saúde suplementar, as quais não podem ser usurpadas ou extrapoladas quando da regulamentação do setor.

Assim, a ANS tem como escopo regular o sistema privado de saúde, mas tal regulamentação se confunde com aquela aplicável à defesa geral das atividades que possam afetar a saúde pública, tal como faz a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Assim, ela não regula todos os serviços de saúde, tais como prestadores de serviços, médicos, hospitais, medicamentos, mas apenas as operadoras de assistência à saúde.

Ademais, a Lei 9.656/98 (Brasil, 1998), que versa dos Planos de Saúde e a Lei 9.961/2000 (Brasil, 2000), que trata do papel e das competências da ANS, bem como a regulamentação editada por esta última e pelo Executivo, atinge diretamente a liberdade de contratar e o objeto dos contratos realizados entre as operadoras e os consumidores.

Nesse sentido, cumpre esclarecer que dentro de suas competências legais, as Agências Reguladoras, podem regulamentar as normas emanadas pelo Poder Legislativo, ou seja, podem editar regulamentos respeitando a lei. Entretanto, tal regulamentação, não pode ultrapassar os limites por ela impostos, tendo em vista que não pode inovar na ordem jurídica e nem criar ou extinguir direitos (Gregori, 2019, p. 126).

Outrossim, de acordo com Eduardo Dias e Uinie Caminha (2015, p.93):

Existem no Brasil pouco mais de mil operadoras de planos de saúde, a maioria de pequeno porte e com atuação local. O mercado é concentrado, já que apenas oito operadoras – 8,2% do total – fornecem serviços para 80,3% dos clientes. Na região sudeste do Brasil se concentram 61,5% das operadoras e 65,5% de todos os contratos mantidos. Entre 2002 e 2008 mais de seis milhões de brasileiros ingressaram no sistema privado de saúde, sendo que a proporção da população coberta por tal sistema tem se mantido constante em torno de 25%. Ou seja, alcança por volta de cinquenta milhões de brasileiros.

Diante de tais dados, é possível observar que o setor privado de saúde cresceu consideravelmente nos últimos anos e conseqüentemente foi crescente o número de conflitos entre beneficiários e Operadoras de Plano de Saúde – OPS, pois muitas vezes as operadoras focam enquanto vão ganhar, e, para isso, minimizam seus custos restringindo serviços (Gregori, 2019).

Acerca do número crescente de judicialização da saúde suplementar, Maria Gregori (2019, p. 130) destaca os dados do Tribunal de Justiça de São Paulo:

[...] esse Tribunal julgou, em 2017, 30.117 ações contra planos de saúde. Sendo que, em 2011, o número de ações atingiu a casa dos sete mil, ou seja, houve um crescimento de 329% em sete anos. A cidade de São Paulo é a que concentra mais da metade dos processos no Estado, das mais de 12 mil decisões do Tribunal, 53,6% são da capital. Nas decisões analisadas, 88% são favoráveis ao paciente, sendo acolhido integralmente o seu pedido. O motivo das decisões judiciais é quase sempre relacionado à exclusão de cobertura ou negativas de atendimento, com 40% dos processos, seguido de reajuste de mensalidade, com 24%. Ainda segundo o levantamento, o número de decisões judiciais cresce em ritmo mais acelerado do que a evolução da população que tem planos de saúde, o que pode ser preocupante. [...]

Destarte, observa-se muitas vezes o descaso por parte das OPS quanto à comunicação com os profissionais de saúde e os segurados, os quais, encontram-se fragilizados em razão da enfermidade que os acomete ou de seus familiares, sentem-se emocionalmente e financeiramente fragilizados diante das recusas das OPS no atendimento das solicitações enviadas pelos profissionais de saúde responsáveis pelo paciente. É nesse momento que, com o receio de que o tratamento não se realize, ou que comece tardiamente, acarretando prejuízo à saúde do beneficiário, que este recorre ao Poder Judiciário, para garantir seu tratamento e amenizar a sua dor (Bôas; Lima, 2016).

Assim, por ser uma relação de consumo diferenciada, pois afeta um bem constitucionalmente indisponível que é a vida, muitos beneficiários buscam o Judiciário para proteger seus interesses. No entanto, é sabido que a judicialização não é a alternativa mais adequada para garantir os direitos à saúde, tendo em vista que a possível demora do Poder Judiciário poderá causar danos irreparáveis, em alguns casos, aos beneficiários.

4 A NIP DA ANS COMO MÉTODO DE RESOLUÇÃO DE CONFLITOS ENTRE BENEFICIÁRIOS E PLANO DE SAÚDE

As OPS ao fazerem parte do mercado securitário, resulta na transferência do risco mediante pagamento. Com isso, como mencionado no capítulo anterior, poderão ocorrer conflitos entre beneficiários e as operadoras. Assim, com o objetivo de auxiliar na resolução de conflitos entre beneficiários e OPS foi instituída a Notificação de Intermediação Preliminar – NIP pela ANS no ano de 2008, através de um projeto piloto com algumas operadoras de planos de saúde que foram voluntárias.

A NIP foi normatizada através da Resolução Normativa nº 226 de 2010 da ANS (Ministério da Saúde, 2010) e manteve o caráter voluntário de adesão por parte das OPS, bem como restrita às reclamações de consumidores que relatassem negativas de cobertura assistencial. Destaca-se que nessa resolução, a sigla NIP significa Notificação de Investigação Preliminar e difere completamente do que se entende da notificação atualmente (Freire; Tostes, 2021).

Em 2013, através da Resolução Normativa nº 343 da ANS (Ministério da Saúde, 2013), a notificação passou a ser obrigatórias para as OPS e a sua atuação foi ampliada para todos os casos reclamados pelos beneficiários. A mencionada resolução entrou em vigor apenas em março de 2014, alterou a nomenclatura da ferramenta, a qual passou a ser denominada como Notificação de Intermediação Preliminar, termo utilizado atualmente, reforçando o caráter pré-processual e de instrumento de resolução de conflitos.

Posteriormente, a Resolução Normativa nº 388 da ANS (Ministério da Saúde, 2015), de 25 de novembro de 2015, ampliou e dinamizou o alcance da NIP. Em 1º de abril de 2019, a Resolução Normativa nº 444 da ANS (Ministério da Saúde, 2019), aperfeiçoou o mecanismo, sendo essas normas as que versam sobre a matéria até os dias atuais.

Assim, a NIP é classificada como fase pré-processual, tendo em vista que não comporta a estrutura de um processo administrativo em sentido estrito, com os elementos do contraditório e ampla defesa assegurados no art. 5º, inciso LV da Constituição Federal. Trata-se, portanto, de um procedimento extrajudicial.

É importante esclarecer que a NIP não constitui um meio para uma sanção a ser aplicada pela ANS, mas sim um meio de monitoramento do mercado realizado pela ANS através da NIP, a fim de se reduzir a assimetria de informação no setor. Assim, através das informações direcionadas à ANS é possível conhecer o comportamento do mercado e das operadoras individualmente, inclusive para avaliar e determinar ações visando correção de conduta.

Desta feita, o desenvolvimento pela ANS, de uma ferramenta que serve também para o monitoramento de mercado, através de informações, que independem do interesse dos regulados, as quais são alimentadas por reclamações dos beneficiários, resulta em um instrumento de baixo custo para a busca de informação pela ANS (Freire; Tostes, 2021).

Ademais, as NIPs podem ser classificadas em NIP assistencial e NIP não assistencial. A assistencial é utilizada quando a notificação tiver como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial, nos termos do art. 5º, parágrafo único, inciso I, da Resolução Normativa nº 388 da ANS (Ministério da Saúde, 2015). A não assistencial é aquela que terá como referência outros temas que não a cobertura assistencial, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação, conforme o art. 5º, parágrafo único, inciso I, da referida Resolução.

Atuam no procedimento da NIP: o beneficiário, que é aquele que aderiu a um plano de saúde e teve algum recurso negado pela operadora, a operadora, que é a pessoa jurídica responsável por oferecer e prestar serviços relacionados

a planos de saúde e a ANS, que é órgão público responsável por receber demandas dos beneficiários e que irá solucionar e mediar o conflito.

A NIP possui 3 (três) fases pré-processuais que são realizadas exclusivamente em ambiente eletrônico, quais sejam, intermediação preliminar, classificação da demanda e classificação residual de demanda. A primeira fase consiste na notificação da operadora para que adote as medidas necessárias para a solução da demanda junto ao consumidor, no prazo de 5 (cinco) dias úteis em questões assistenciais, seguido de mais 5 (cinco) dias úteis para apresentação de resposta à ANS. Quando a NIP for não assistencial, o prazo será de 10 (dez) dias úteis para a solução da demanda, finalização com o cliente e retorno à ANS. Em ambos os casos a OPS deverá demonstrar a solução da demanda ou o não cabimento. A demanda será considerada como resolvida quando ao final desses prazos, o reclamante informar a solução da questão, ou quando, mesmo após notificado, deixar de se manifestar sobre o caso (Freire; Tostes, 2021).

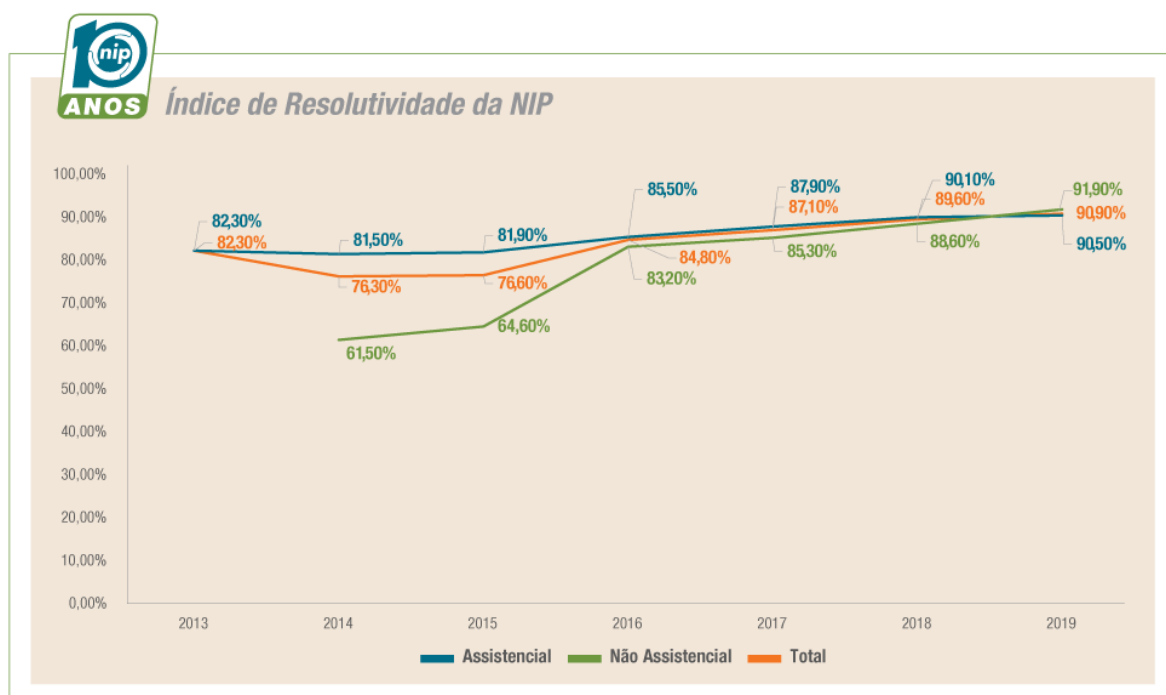
Ato contínuo, após a finalização da fase de intermediação, as demandas supervenientes seguem para a fase de classificação, as quais podem se enquadrar nas seguintes hipóteses, conforme o previsto no art. 14 da Resolução Normativa nº 388 da ANS (Ministério da Saúde, 2015): sem indício de infração, resolvida por reparação voluntária eficaz, não resolvida, beneficiário não pertence à operadora reclamada, demanda duplicada, ausência de elementos mínimos de identificação, e agente regulado não responsável. Em seguida, todas aquelas demandas classificadas como não resolvidas serão encaminhadas para os fiscais da ANS, que podem, ao recebê-las, efetuar sua reclassificação (terceira fase da NIP), motivadamente, para alterar inclusive a tipificação apontada anteriormente, de acordo com o art. 16 da referida Resolução.

Assim, o processo administrativo sancionador será instaurado através da lavratura do auto de infração, após a conclusão das etapas mencionadas anteriormente, com a finalidade de apurar a ocorrência de infração a dispositivos legais ou infralegais disciplinadores do mercado de saúde suplementar. Tal processo administrativo obedecerá ao rito previsto na Resolução Normativa nº

388 da ANS (Ministério da Saúde, 2015) e poderá ao final, acarretar a aplicação de sanção ao regulado.

A implantação da NIP pela ANS modificou de maneira substancial a forma de como o consumidor entra em contato com a agência para resolver seus problemas, pois mesmo que órgão sempre tenha disponibilizado central de atendimento através de 0800 e atendimento presencial em núcleos espalhados pelo país, as reclamações não eram respondidas de forma ágil ao consumidor reclamantes, tendo em vista que geravam longos processos individualizados (Freire; Tostes, 2021).

Os dados acerca da resolutividade da NIP estão disponíveis ao público no sítio da ANS, sendo reproduzidos abaixo o período de 2013 a 2019²:



² Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-celebra-10-anos-da-nip-ferramenta-para-resolucao-de-conflitos-entre-beneficiarios-e-planos-de-saude>.

Acesso em: 12 jan. 2022.

Diante dos dados apresentados, é possível verificar uma solução pacífica do conflito em um índice superior a 90% (noventa por cento), através deste canal público e gratuito de conciliação, podemos observar que ela se revela como um excelente mecanismo para a solução extrajudicial célere dos conflitos.

Desta feita, diversos são os fatores que contribuem para o alto grau de resolução de conflitos via NIP, tendo em vista que caso não seja resolvida a questão e a conduta for irregular do ponto de vista regulatório, através de posterior processo administrativo sancionador instaurado pela diretoria de Fiscalização da ANS, a OPS possivelmente será responsável em âmbito administrativo, com aplicação de sanções, sendo a mais comum a pecuniária. Assim, segundo Simone Freire e Eduardo Tostes (2021, p. 69):

[...] Além da contabilização negativa para fins de monitoramento do mercado, que pode resultar nas medidas de suspensão de comercialização de novos produtos até que seja equilibrada sua situação no mercado, a NIP também influencia outras relevantes atividades regulatórias que não foram abordadas nesse artigo: a quantidade de reclamação das operadoras é usada no cálculo do indicador de fiscalização, que, a cada seis meses, pode incluir a empresa no programa de Intervenção Fiscalizatória, uma atuação proativa e mais contundente da ANS; o número de reclamações de beneficiários é o insumo para o cálculo do Índice Geral de Reclamações – IGR, que fica disponibilizado no site da Agência para consulta por parte dos consumidores sobre a posição das operadoras nesse ranking; a NIP é insumo do programa de monitoramento do risco assistencial das operadoras; e, por fim, também é componente do indicador do indicador do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, uma importante ferramenta que permite a comparação das operadoras de planos de saúde, com o objetivo de fomentar a concorrência. Para além do ambiente regulatório, podemos afirmar que, para as empresas, há redução ou ao menos contenção de custos administrativos e operacionais na resolução de conflitos com seus usuários de maneira rápida e extrajudicial.

Assim, é possível notar que existem incentivos positivos e negativos para que as operadoras resolvam de maneira eficaz os problemas do consumidor recepcionados pela ANS, por intermédio da NIP, mesmo as matérias serem restritas às normas regulatórias e aos contratos firmados entre as partes.

Desta feita, a ferramenta implementada e desenvolvida pela ANS tem apresentado resultados positivos e eficazes na resolução de conflitos entre usuários e OPS e, portanto, poderia ser ampliada e implementada por outras zonas de não regulação e abrangência da Agência, tendo em vista que poderia

em tese, desafogar muitas demandas judiciais, as quais poderiam ser resolvidas por via administrativa.

5 CONCLUSÃO

O direito à saúde está diretamente relacionado com a manutenção da vida e a dignidade humana, tendo em vista que assegurada uma boa condição de vida é possível manter e prezar por uma boa saúde. Tal direito está previsto expressamente na Constituição Federal de 1988, sendo atribuído ao poder público, a sua proteção, recuperação e promoção, mediante políticas públicas.

O art. 199, caput, da Constituição Federal deixou aberto para a atuação da iniciativa privada na prestação dos serviços de saúde, a qual poderá ser por meio de convênio ou contrato para participar do sistema público de saúde, tratando-se, nesse caso, de saúde complementar ou poderá ser suplementar, quando seguir as regras do direito privado, e por meio de pagamento efetuado pelos usuários, com seus próprios recursos, serviços de saúde.

A Notificação de Intermediação Preliminar da Agência Nacional de Saúde constitui um modelo eficiente de solução extrajudicial do conflito entre beneficiários e Operadoras de Planos de Saúde e de fácil implementação, uma vez que se trata de um modelo não oneroso de ser implementado, e independe da vontade das empresas reguladas para se ter sucesso.

Os beneficiários e as OPS devem interagir, constantemente, através de diálogos, para que seja evitado a formação de conflitos e a conseqüente busca de solução destes junto ao Poder Judiciário, pois por intermédio do diálogo é possível a solução mais rápida do litígio, tendo em vista que se trata do direito fundamental social à saúde que é essencial à vida digna da pessoa humana.

Os litígios sobre planos de saúde são responsáveis por grande volume dos processos que tramitam nos tribunais brasileiros. Portanto, os métodos alternativos para solução de conflitos são ferramentas que devem ser fortalecidas e aperfeiçoadas para minimizar os efeitos danosos da chamada “judicialização da saúde”.

Portanto, faz-se urgente a divulgação e ampliação da NIP, para que os beneficiários tenham conhecimento desse instrumento alternativo de solução de conflitos no setor de saúde suplementar, para que haja uma solução eficaz das demandas e conseqüentemente uma melhora na prestação dos serviços fornecidos pelas OPS.

REFERÊNCIAS

ANS celebra 10 anos da NIP, ferramenta para resolução de conflitos entre beneficiários e planos de saúde. **Agência nacional de saúde suplementar**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-celebra-10-anos-da-nip-ferramenta-para-resolucao-de-conflitos-entre-beneficiarios-e-planos-de-saude>. Acesso em: 12 jan. 2022.

BÔAS, Regina Vera Villas; LIMA, Andréia Maura Bertoline Rezende de. A saúde suplementar no Brasil: a falta de diálogo entre a seguradora e o segurado comprometendo a concretização do direito social à saúde e a efetividade da relação entre o paciente e o profissional de saúde. **Revista de Direito do Consumidor**, São Paulo, v. 106, p. 229-247, jul./ago. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 4 jan. 2022.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 7 jan. 2022.

_____. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 8 jan. 2022.

_____. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 8 jan. 2022.

COUTINHO, Carlos Marden Cabral; CIDRÃO, Taís Vasconcelos. A regulação da saúde suplementar no Brasil: perspectivas e ameaças. **Revista brasileira de políticas públicas**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 329-342, dez. 2018.

DIAS, Eduardo Rocha; CAMINHA, Uinie. Saúde privada e a medicina baseada em evidências como fonte de critérios orientadores da intervenção judicial.

Direitos fundamentais & justiça, Rio Grande do Sul, ano 9, n. 31, p. 80-109, abr./jun. 2015.

FORTUNATO, Beatriz Casagrande; BOTELHO, Marcos César. Descompasso na saúde pública: o acesso à justiça e a judicialização versos o direito à saúde na Constituição de 1988. **Prisma jurídico**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 153-172, jan./jun. 2021.

FREIRE, Simone Sanches; TOSTES, Eduardo Chow de Martino. A NIP da ANS e a eficiência administrativa na resolução de litígios da saúde complementar. **Revista estudos institucionais**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 54-72, jan./abr. 2021.

GREGORI, Maria Stella. Desafios para a desjudicialização dos planos de saúde. **Revista dos Tribunais**. São Paulo, v. 1004, p. 123-143, jun. 2019.

MAIA, Maurílio Casas. O direito à saúde à luz da Constituição e do Código de defesa do consumidor. **Revista de Direito do Consumidor**, São Paulo, v. 84, p. 197-221, out./dez. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução normativa nº 226, de 5 de agosto de 2010**. 2010. Institui o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar – NIP e altera a redação do art. 11 da Resolução Normativa nº 48, de 19 de setembro de 2003. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2010/res0226_05_08_2010.html

. Acesso em: 9 jan. 2022.

_____. **Resolução normativa nº 343, de 17 de dezembro de 2013**. 2013.

Regulamenta a forma de processamento das demandas de reclamação; o procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar – NIP; altera a Resolução Normativa – RN nº 48, de 19 de setembro de 2003; e revoga a RN nº 226, de 5 de agosto de 2010. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2013/res0343_17_12_2013.html

. Acesso em: 9 jan. 2022.

_____. **Resolução normativa nº 388, de 25 de novembro de 2015**. 2015.

Dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias. Disponível em https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33345888/do1-2015-11-26-resolucao-normativa-rn-n-388-de-25-de-novembro-de-2015-33345797.

Acesso em: 9 jan. 2022.

_____. **Resolução normativa nº 444, de 1º de abril de 2019**. 2019. Altera a Resolução Normativa – RN nº 388, de 25 de novembro de 2015, que dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde

Suplementar – ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias; e altera a Resolução Normativa – RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2019/res0400_03_04_2019.html. Acesso em: 9 jan. 2022.

SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O sistema único de saúde e suas diretrizes constitucionais**. 2. ed. São Paulo: Verbatim, 2012.

SURYAN, Jaqueline. **O direito constitucional à saúde e o sistema de saúde complementar**. 2014. Dissertação (Mestrado em Direito do Estado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

GREGORI, Maria Stella. Desafios para a desjudicialização dos planos de saúde. **Revista dos Tribunais**. São Paulo, v. 1004, p. 123-143, jun. 2019.