

# COBERTURA DE PROCEDIMENTOS

»» **A saúde suplementar** é prevista pelo artigo 199 da Constituição Federal e regulamentada pela Lei 9.656/1998. A regulação setorial pertence à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei 9.961/2000. Em pouco mais de uma década, a saúde suplementar apresentou um processo de crescimento e hoje atende cerca de 25% da população brasileira, para um total de mais de 47 milhões de beneficiários.

O interesse dos brasileiros pelo plano de saúde está ligado à qualidade dos serviços prestados e à possibilidade de acesso ao sistema privado de saúde de forma célere, sob rigorosos padrões de exigência, o que, ao mesmo tempo, desperta expectativas dos usuários de que toda a estrutura física, tecnológica e humana esteja acessível a qualquer instante, nem sempre considerando um conjunto de regras e normas bastante claras em relação aos direitos e deveres dos envolvidos no contrato ora pactuado. Se o plano de saúde se converteu em objeto de desejo do brasileiro, torna-se importante haver clareza sobre os diplomas legais que regem o setor e o contrato entre as partes. Nesse material, trataremos da cobertura de procedimentos pelas operadoras, assim

como dos casos em que pode ocorrer negativa de procedimento. A cada dois anos, a Agência Nacional de Saúde (ANS) atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que é uma listagem mínima obrigatória de exames, cirurgias e procedimentos para que o plano de saúde seja registrado e comercializado. As negativas de cobertura podem ocorrer nos casos em que o procedimento não está previsto no Rol da ANS, ou se ainda não foi cumprido o prazo de carência previsto em contrato.

É importante considerar que o princípio elementar da saúde suplementar se baseia no mesmo aplicado a qualquer seguro: o mutualismo. Por esse preceito, o sistema de saúde suplementar busca o equilíbrio econômico e assistencial a partir de alguns pactos entre os beneficiários, o que significa, na prática, que os mais jovens subsidiam parte dos custos de saúde dos idosos, e

os que gozam de melhor saúde subsidiam parte dos custos dos menos saudáveis. Sem o mutualismo, os planos de saúde não teriam condições de se manter, pois haveria o estabelecimento da chamada “seleção adversa”: apenas usuários que necessitam

daquele serviço pagariam para tê-lo. Caracteriza-se, assim, uma adesão ocasional somente para o cuidado de uma necessidade específica, sem a intenção de prosseguir, deixando de contribuir para a mutualidade e comprometendo a sustentabilidade do fundo mantido pelos demais beneficiários a longo prazo.

Torna-se importante haver clareza sobre os diplomas legais que regem o setor e os contratos entre as partes;

A precificação justa do plano de saúde se baseia em projeções de custos, perfis epidemiológicos e demográficos, além de estimar a expectativa de vida dos usuários do sistema.

Não menos importante é assinalar que, para a precificação justa, o modelo se baseia em projeções de custos, perfis epidemiológicos e demográficos, além de estimar a expectativa de vida dos usuários do sistema e assumir riscos inerentes à chamada “assimetria de informações” – ou seja, o desconhecimento prévio do histórico de saúde do beneficiário antes da assinatura de contrato e ingresso no plano.

O objetivo dessa publicação se limita a oferecer um conjunto de informações sobre o sistema de saúde suplementar e, assim, prover insumos técnicos referendados para a tomada de decisão.

#### **Ferramenta de pesquisa para verificar os procedimentos incluídos:**

ANS > planos e operadoras > espaço do consumidor > verificar cobertura de plano

[www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/1149-verify-cobertura-de-plano#](http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/1149-verify-cobertura-de-plano#)

#### **Para consultar a listagem completa em PDF:**

ANS > Planos e operadoras > Espaço do Consumidor > O que o seu plano de saúde deve cobrir > Como é elaborado o Rol de Procedimentos

[www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos](http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos)

## COMO FUNCIONA A COBERTURA DE PROCEDIMENTOS

A Agência Nacional de Saúde (ANS) atualiza, a cada dois anos, um Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que são os procedimentos, exames e tratamentos obrigatórios na cobertura de todos os planos comercializados a partir de 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei 9656/1998. O objetivo dessa atualização é incorporar avanços científicos e tecnológicos para o diagnóstico e tratamento de doenças.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde está disponível no site da ANS. O processo de atualização é aberto para consulta pública.

# UM OLHAR MAIS ATENTO: SEGMENTAÇÃO DO PLANO

O Rol da ANS constitui uma listagem mínima obrigatória de produtos e serviços que o plano deve oferecer cobertura para obter registro e permissão de comercialização pela ANS. Envolve serviços de consultas, exames, terapias e internações, entre outros, exigidos pelo órgão regulador para o produto ser oferecido ao mercado.

É esse princípio que permite às operadoras produzirem cálculos atuariais para atingir a precificação justa. Consideram, para isso, projeções de consumo, perfil etário, demográfico e epidemiológico da população.

A metodologia busca o equilíbrio econômico, financeiro e assistencial do próprio produto e da operadora.

*As operadoras de saúde poderão criar outras composições, por exemplo, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, ou hospitalar com obstetrícia e odontológico, entre outras opções. A única exigência é que a cobertura esteja claramente explicitada no contrato, assim como nos demais documentos de comunicação entre operadora e usuário.*

## OS PLANOS CONTAM COM DISTINTAS SEGMENTAÇÕES:



### Ambulatorial

Permite consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e todos os procedimentos ambulatoriais, ou seja, sem internação hospitalar.



### Hospitalar com Obstetrícia

Garante o regime de internação hospitalar e inclui a atenção para o parto. Garante cobertura para o recém-nascido, filho natural ou adotivo do contratante ou dependente, durante os primeiros 30 dias depois do parto ou adoção.



### Plano Referência

Assistência médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria. Instituído pela Lei 9.656/1998, engloba assistência médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria. Sua cobertura mínima também foi estabelecida pela lei, devendo o atendimento de urgência e emergência ser integral após as 24h da sua contratação.



### Hospitalar sem Obstetrícia

Garante cobertura de internação hospitalar, exceto a atenção para parto. Não há limite de tempo para internação hospitalar.



### Odontológico

Assistência odontológica incluindo consultas, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames e demais procedimentos ambulatoriais.

# ANALISANDO CASO A CASO

## Cobertura Parcial Temporária

Denomina-se Cobertura Parcial Temporária (CPT) o período até 24 meses, a partir da data da contratação, em que fica suspensa a cobertura para doenças preexistentes declaradas pelo beneficiário, incluindo procedimentos de alta complexidade, leito de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos.

Na modalidade de plano de saúde coletivo por adesão, e de plano de saúde coletivo empresarial com menos de 30 participantes, a operadora também pode exigir o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária.

A regra somente não se aplica para os beneficiários do plano de saúde coletivo empresarial com mais de 30 participantes, desde que o empregado formalize seu ingresso até 30 dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à empresa. As normas da ANS que dispõem sobre a Cobertura Temporária são a RN162/200, em seu Art. 2, a RN 195/2009, nos Art. 7 e Art. 12.

## Prazo de carência

Os procedimentos incluídos pelo Rol da ANS podem ter um prazo de carência, que é o tempo mínimo que o beneficiário deve aguardar antes de contar com aquele procedimento a partir da contratação. A informação deve ser expressa em contrato.

A aplicação do período de carência pelas operadoras é permitida pelo artigo 12 da Lei 9.656/1998. As carências previstas pela lei são prazos máximos e não obrigatórios, ou seja, algumas operadoras atuam com prazos menores de carência ou podem até atuar sem carência.

## Situação

## Carência

Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis)

24 horas

Partos a termo<sup>2</sup>, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional

300 dias

Demais situações

180 dias

<sup>2</sup> é a gestação com mais de 37 semanas.

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

# COMPREENDENDO AS CARÊNCIAS

A legislação autoriza a operadora a estipular carência como um instrumento para evitar o risco de seleção adversa. Nessa situação, uma pessoa contrataria um plano por precisar de um procedimento, pensando em cancelar depois disso e retornar só se necessitasse de novo tratamento.

Isso significaria onerar o fundo de contribuição, que é mantido pelo grupo de beneficiários com objetivo de um cuidado da saúde a longo prazo. Os planos de saúde só possuem recursos para custear procedimentos porque todos contribuem para que alguns utilizem.

A lógica individualista dificulta a compreensão dos instrumentos técnico-atuariais dos planos de saúde, porque o sistema se baseia na lógica mutualista, na qual os beneficiários que gozam de melhor saúde subsidiam os custos dos que têm a saúde mais debilitada e necessitam de mais atendimento.

*“A PRECIFICAÇÃO JUSTA DO PLANO DE SAÚDE SE BASEIA EM PROJEÇÕES DE CUSTOS, PERFIS EPIDEMIOLÓGICOS E DEMOGRÁFICOS, ALÉM DE ESTIMAR A EXPECTATIVA DE VIDA DOS USUÁRIOS DO SISTEMA...”*

*“AS NEGATIVAS DE COBERTURA PODEM OCORRER NOS CASOS EM QUE O PROCEDIMENTO NÃO ESTÁ PREVISTO NO ROL DA ANS...”*

## NEGATIVA DE COBERTURA

O Rol da ANS contempla atualmente 3.287 procedimentos. As operadoras não têm obrigatoriedade de oferecer cobertura para os procedimentos que não sejam listados e que também não constem do contrato com o beneficiário.

**ALÉM DISSO, O ARTIGO 10 DA LEI 9.656/1998 DETERMINOU PROCEDIMENTOS QUE NÃO TÊM COBERTURA OBRIGATÓRIA PELAS OPERADORAS:**

- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental que empregue medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/regularizados no País.
- Tratamento considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO).
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.
- Inseminação artificial, incluindo a manipulação de oócitos e esperma, injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.
- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.
- Spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais.
- Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados (aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA).
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar (aqueles prescritos para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde).
- Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CONITEC);
- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
- Tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.





**Medicamento sem registro na ANVISA. Cabe a ressalva, conforme prevê a RN 428, da ANS, no artigo 26, de coberturas fora da indicação pretendida desde que:**

- I. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e
- II. A ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

## Saiba mais

Para referências técnicas e glossários dos termos utilizados nesse produto, acesse o aplicativo do pncard ou no site [www.jurishealth.com.br](http://www.jurishealth.com.br)

Agradecemos a assessoria técnica conferida ao JurisHealth pelos escritórios de Direito Conde & Advogados, Alencar e Fontana Advogados e Carlini Sociedade de Advogados.

JurisHealth 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. Trata-se de um esforço articulado entre profissionais da Saúde, do Direito e da Comunicação, visando melhorar a compreensão em torno de temas relevantes do setor de saúde. O foco está, portanto, na apresentação das regras e normas e, principalmente, em assegurar o equilíbrio econômico, financeiro e assistencial do sistema.

Foram desenvolvidos conteúdos relacionados aos temas assistenciais e não assistenciais na saúde suplementar, considerando alguns dos assuntos mais recorrentes na chamada “Judicialização da Saúde”.

Visite [www.jurishealth.com.br](http://www.jurishealth.com.br) para acessar um compêndio de decisões judiciais sobre os mais distintos temas pertinentes à saúde suplementar, com abrangência nos Estados e diversas instâncias do Poder Judiciário.

**I E S S**  
INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Projeto gráfico e editorial 

**Superintendente Executivo do IESS:** José Cechin;  
**Coordenação editorial:** Jander Ramon e Patrícia Queiroz; **Jornalista responsável:** Jander Ramon - MTB 29.269;  
**Textos e revisão:** Lucas Soares; **Projeto gráfico e diagramação:** Carlos Tartaglioni