

DISCIPLINA DE USO

»» **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. Nessa publicação trataremos das práticas seguidas pelas operadoras de saúde visando uma disciplina de

uso dos beneficiários, de forma a promover uma utilização consciente por todos e garantindo o acesso a quem dele necessita.

Uma das formas de aplicação da disciplina de uso são os mecanismos de regulação – seja pela via financeira, caso da coparticipação e da franquia, seja pela via assistencial, caso do direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso.

Incluimos um capítulo sobre a cláusula contratual de coparticipação para internação psiquiátrica adotada pelas operadoras e as legislações em vigor que se referem ao tema.

Trataremos ainda do reembolso de despesas médicas ao beneficiário pelas operadoras de planos de saúde. Existem casos em que o reembolso é obrigatório e, outros, facultativo – em ambas as situações, há exigências administrativas para a concessão. É necessário que o beneficiário se informe sobre a documentação exigida para comprovar o procedimento e que observe as cláusulas contratuais que dispõem sobre o cálculo dos valores.

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, sem a intenção de prosseguir, deixando de contribuir para a mutualidade e comprometendo a sustentabilidade do fundo

mantido pelos demais beneficiários a longo prazo.

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 beneficiários 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.



MECANISMOS DE REGULAÇÃO

COMO FUNCIONA

As operadoras podem aplicar regras para disciplinar o uso de serviços como internações, exames e consultas por meio de mecanismos de regulação. Esses mecanismos devem constar do contrato estabelecido entre operadora e beneficiário e, além disso, ser previamente submetido e autorizado pela ANS.

O QUE A OPERADORA PODE FAZER:

- Solicitar autorização prévia para realização dos procedimentos.
- Coparticipação, que significa, além do pagamento da mensalidade, uma parcela adicional para pagamento da despesa de um atendimento.
- Direcionamento ou referenciamento ou hierarquização de acesso, no qual a operadora define previamente quais prestadores poderão realizar determinados procedimentos.
- Franquia, que é um valor mínimo estipulado no contrato e abaixo desse valor a operadora não tem responsabilidade de cobertura, seja para reembolso ou para uso da rede credenciada.
- Porta de entrada, que é o atendimento prévio por médico generalista antes do encaminhamento ao especialista.

Financeiras

Compartilhamento do custo das despesas assistenciais com os usuários.

Franquia e Coparticipação

Assistenciais

Racionalização dos recursos disponíveis para todos os usuários.

Direcionamento, Referenciamento e Hierarquização do acesso

O QUE A OPERADORA NÃO PODE FAZER:

- Impedir ou dificultar o atendimento em situações de urgência e emergência.
- Limitar a assistência com adoção de valores máximos de remuneração (exceto nos contratos com reembolso).
- Diferenciar o atendimento por faixa etária, grau de parentesco ou outras classificações dentro do mesmo plano.
- Negar autorização para procedimento sob justificativa de o profissional não pertencer à rede credenciada.
- Definir coparticipação ou franquia no valor integral do procedimento a ser realizado pelo usuário.
- Limitar internação em forma de percentual por evento (exceto as definições especificadas em saúde mental).
- Reembolsar despesas médicas efetuadas pelo sistema de livre escolha em valor inferior ao pago na rede credenciada.
- Infringir o Código de Ética Médica ou Odontológica, bem como exercer atividade em conflito com a legislação em vigor.

Os mecanismos de regulação não podem **restringir**, **dificultar** ou **impedir** atendimentos e procedimentos que constam no contrato.

UM OLHAR MAIS ATENTO

Uma vez esclarecidos quais são os mecanismos de regulação reconhecidos pela agência reguladora do setor, qual sua extensão e limites, vamos verificar como se aplicam esses processos. As operadoras utilizam esses mecanismos como forma de equacionar o ingresso de recursos financeiros em relação às demandas por atendimento. Os mecanismos de regulação estão previstos no artigo 1º, parágrafo 1º, letra “d”, da Lei 9.656/1998, que determina que caberá à Agência Nacional de Saúde Suplementar normatizar e fiscalizar sua utilização.

ANALISANDO CASO A CASO

TRANSPARÊNCIA DAS LIMITAÇÕES AO CONSUMIDOR

A Resolução do CONSU (Conselho de Saúde Suplementar) nº 08, de 1998, determinou como os mecanismos de regulação das operadoras de saúde poderiam ser utilizados.

Em seu artigo 4º, determinou que:

As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:

I - Informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede:

b) os mecanismos de porta de entrada, direcionamento, referenciamento ou hierarquização.

A ANS regula essa prática para verificar se estão sendo cumpridos os requisitos de conformidade legal. O que as operadoras devem garantir:

- Quando houver divergência médica ou odontológica a respeito da autorização prévia, garantir a definição do impasse através da junta constituída pelo profissional solicitante, por médico da operadora e por um terceiro (escolhido em comum acordo), cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

- Informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário, no contrato e no livro da rede de serviços, os mecanismos de regulação adotados e todas as condições de cada modalidade.
- Encaminhar à ANS, quando solicitado, documento técnico demonstrando os mecanismos adotados e os critérios para sua atualização.
- Quando houver impasse no decorrer do contrato, se solicitado, fornecer ao consumidor laudo detalhado com cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse.
- Garantir ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador para definição dos casos de aplicação das regras de regulação, no prazo máximo de 1 dia útil a partir do momento da solicitação ou em prazo inferior quando caracterizar urgência.
- Quando houver participação do consumidor nas despesas decorrentes da realização de procedimentos, informar previamente à rede credenciada e/ou referenciada em forma de franquia.
- Em caso de internação, quando optar por fator moderador, estabelecer valores prefixados por procedimentos e/ou patologias, que não poderão sofrer indexação e deverão ser expressos em reais.

Cumpridos todos os requisitos e estando a prática de direcionamento em conformidade com a lei, poderá ser aplicada pelas operadoras de saúde para administração dos seus recursos.

REEMBOLSO DE CUSTOS MÉDICOS

COMO FUNCIONA

A seguir, será exposta a legislação que rege as regras de reembolso de despesas médicas, em que casos o reembolso é obrigatório e em quais situações é facultativo. Quando devido, como atender as exigências para obtenção do reembolso.

O reembolso de custos médicos está previsto na Lei 9.656/1998. Atualmente as seguradoras ofertam planos com a possibilidade de reembolso e as operadoras de saúde atuam com a inclusão ou não de cláusula contratual de reembolso. Para as demais operadoras (por exemplo, medicinas de grupo, cooperativas médicas, autogestões e filantrópicas), é facultativo oferecer a alternativa ao beneficiário de reembolso das despesas havidas com a livre escolha de prestadores de serviços de saúde.

A operadora deverá também reembolsar o beneficiário do valor integral gasto com o atendimento, no prazo de 30 dias contados da data da solicitação de reembolso, quando não tiver prestadores disponíveis em sua rede para atendimento aos beneficiários nos prazos definidos na RN 259/2011. Nesse caso, serão devidos em reembolso até mesmo os valores gastos com despesas de transporte do beneficiário, contanto que observado o parágrafo 2º do artigo 4, em relação aos municípios limítrofes.

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º. (Redação dada pela RN 268, de 02/09/2011.)

ESCOLHA DE PRESTADORES COM REEMBOLSO DE DESPESAS

As operadoras de saúde podem oferecer a seus beneficiários a possibilidade de contratarem prestadores de serviços de saúde, por livre escolha e mediante reembolso de despesas.

Para isso, é obrigatório que o contrato tenha claramente especificado:

- As coberturas que o beneficiário poderá utilizar no sistema de livre escolha de prestadores;
- A tabela que será utilizada para cálculo de reembolso;
- O prazo para o reembolso ser efetivado pela operadora, que nunca poderá exceder 30 dias; e,
- Os documentos exigidos para comprovação, incluindo valor da despesa, identificação do beneficiário, do profissional, data e procedimento executado.

A ANS recomenda que nos procedimentos e serviços para os quais existam Diretrizes de Utilização (DUT)¹ estabelecidas, também possa ser solicitado pela operadora laudo ou atestado médico comprobatório de que as diretrizes foram integralmente cumpridas.

O beneficiário que pretender utilizar o sistema de livre escolha tem direito ao reembolso na forma pactuada no contrato. Ao mesmo tempo, tem o dever de comprovar o procedimento realizado e suas condições (data, local, médico e adequação).

¹ Regras e normas elaboradas pela ANS e que servem para orientação e regulamentação do uso adequado de procedimentos médicos e exames complementares.

Na atualidade, é comum que as operadoras de saúde disponibilizem um aplicativo por meio do qual o beneficiário pode acompanhar seus gastos e reembolsos, para estar sempre atualizado sobre quanto gastou, quanto tem para receber e quando o reembolso será feito. Esse serviço facilita a comunicação entre operadoras e beneficiários.

UM OLHAR MAIS ATENTO: VALOR DO REEMBOLSO

A operadora de saúde não é obrigada a indenizar o valor integral pago pelo beneficiário ao profissional ou estabelecimento responsável pelo procedimento realizado. O valor de reembolso é estabelecido pelos termos do contrato firmado entre operadora e beneficiário.

Isso significa que:

- Existem limites para reembolso;
- Nos contratos em que haja previsão de coparticipação, ela será aplicada aos valores devidos em caráter de reembolso.

Exemplo de Cálculo

Consulta Médica R\$ 800,00

Limite Contratual de Reembolso em Consultas Médicas R\$ 400,00

Coparticipação prevista em contrato por Consulta Médica R\$ 100,00

Valor a ser reembolsado R\$ 300,00

Exemplo fictício, apenas para referenciar o conceito, não baseado nos critérios efetivos de cálculo.





REEMBOLSO INTEGRAL

Será devido reembolso integral ao beneficiário sempre que a operadora não viabilize o atendimento na rede credenciada no prazo previsto na regulação. Nessa hipótese, comprovado que o beneficiário precisou do atendimento e este não foi disponibilizado no prazo previsto na regulação, será devido o reembolso integral do valor despendido pelo beneficiário.

Essa situação também implica em apresentação de documentos idôneos e hábeis a comprovar o procedimento realizado, o cumprimento das diretrizes de utilização quando previstas, o profissional que realizou, a data da utilização e o valor efetivamente pago.

REEMBOLSO EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nas situações de urgência ou emergência em que o beneficiário não consiga chegar a um local de atendimento da rede credenciada, ele poderá solicitar o reembolso das despesas havidas no atendimento em outro local.

REEMBOLSO DE ANESTESISTAS

Os beneficiários têm direito ao reembolso dos valores cobrados pelos anestesistas nos contratos que têm previsão de livre escolha de prestadores.

Nos contratos para os quais não existe essa previsão de livre escolha, o beneficiário utilizará a rede própria do plano de saúde ou a rede por ele referenciada, que deve oferecer os serviços de anestesia e será responsável pelo pagamento direto aos médicos dessa especialidade.

UM FOCO DE ATENÇÃO

O setor de saúde suplementar enfrenta casos de judicialização também com os prestadores de serviço. Um exemplo recente ocorreu em 2015, quando o Conselho Administrativo de Direito Econômico (CADE) multou a Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA). Eles passaram a exigir valor de tabela para o trabalho desses profissionais, o que foi reconhecido como prática de cartel pelo órgão de defesa econômica.

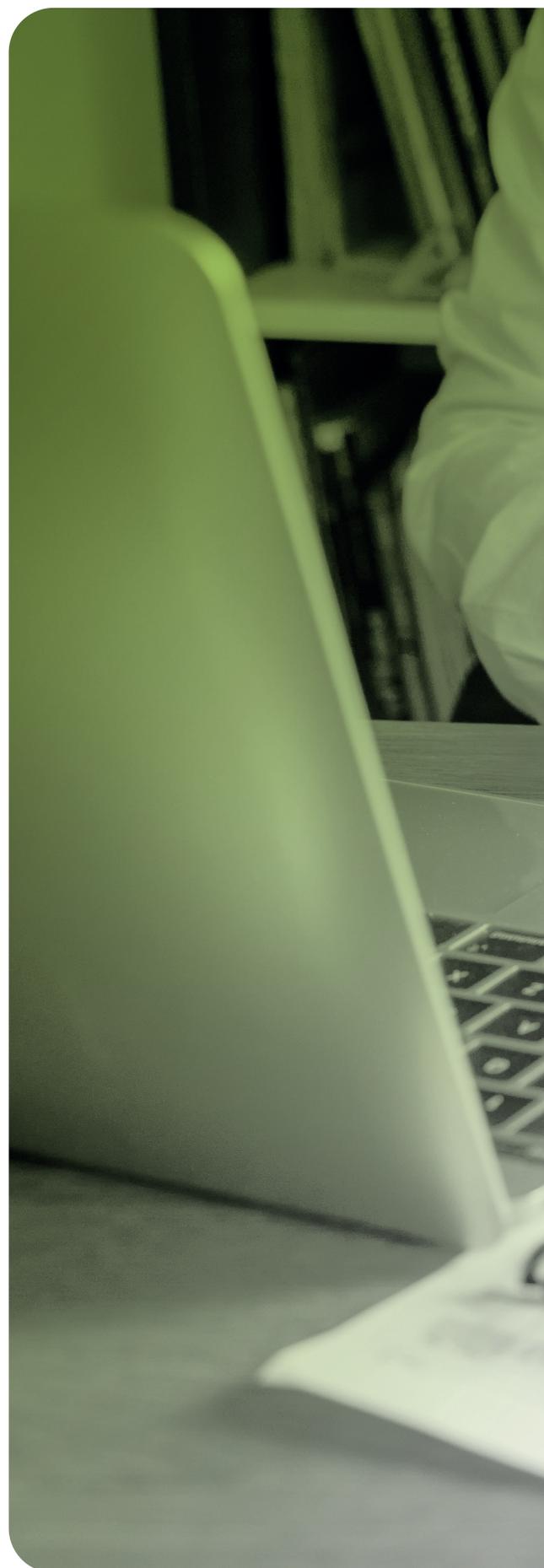
Mesmo nesses casos, o beneficiário deverá comprovar:

- Que o atendimento tinha cobertura contratual, ou seja, era um procedimento previsto no contrato ou no Rol.
- Que era caracterizado realmente como urgência ou emergência.
- Nesses casos, o reembolso será limitado aos valores fixados no contrato, ou seja, não será integral.
- Deverá ser pago em até 30 (trinta dias) contados da data em que o beneficiário entregou a documentação necessária para comprovação do atendimento junto à operadora.

NEGATIVA DE REEMBOLSO

Pode acontecer que o beneficiário não seja reembolsado, apesar de haver apresentado um pedido? Sim, pode e é legalmente possível. Em quais situações?

1. **Reembolso não previsto no contrato** – são todos os casos em que o beneficiário não tem direito à livre escolha porque o contrato não prevê essa possibilidade.
2. **Falta de documentos hábeis e idôneos** – todos os casos em que o contrato prevê livre escolha, porém os documentos apresentados não são eficientes para demonstrar o procedimento, o profissional responsável, o valor gasto e a data em que foi realizado.





COPARTICIPAÇÃO PSIQUIÁTRICA

COMO FUNCIONA

A cobertura de internação psiquiátrica deve constar do contrato do plano de saúde, incluindo o mecanismo de coparticipação, que consiste em um pagamento adicional à mensalidade, previamente estipulado, que será cobrado a partir de determinado período de permanência hospitalar do paciente.

A coparticipação é aplicada aos planos de saúde como forma de inibir a continuidade de internações desnecessárias, visando o bem do paciente, em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde.

Em 2003, a Lei 10.708 estabeleceu um conjunto de ações para desinstitucionalização e socialização das pessoas com transtornos mentais.

Seguindo as novas recomendações para o tratamento de pessoas com doenças mentais ou adicção, que por um lado priorizam o cuidado integral por meio de terapias substitutivas e, por outro lado, buscam reduzir internações por longos períodos, as operadoras de saúde suplementar adotam critérios visando à implementação dessas políticas.

Pagamento de um valor para a realização de procedimento, além da mensalidade.

A forma de coparticipação para internação psiquiátrica deve constar do contrato.

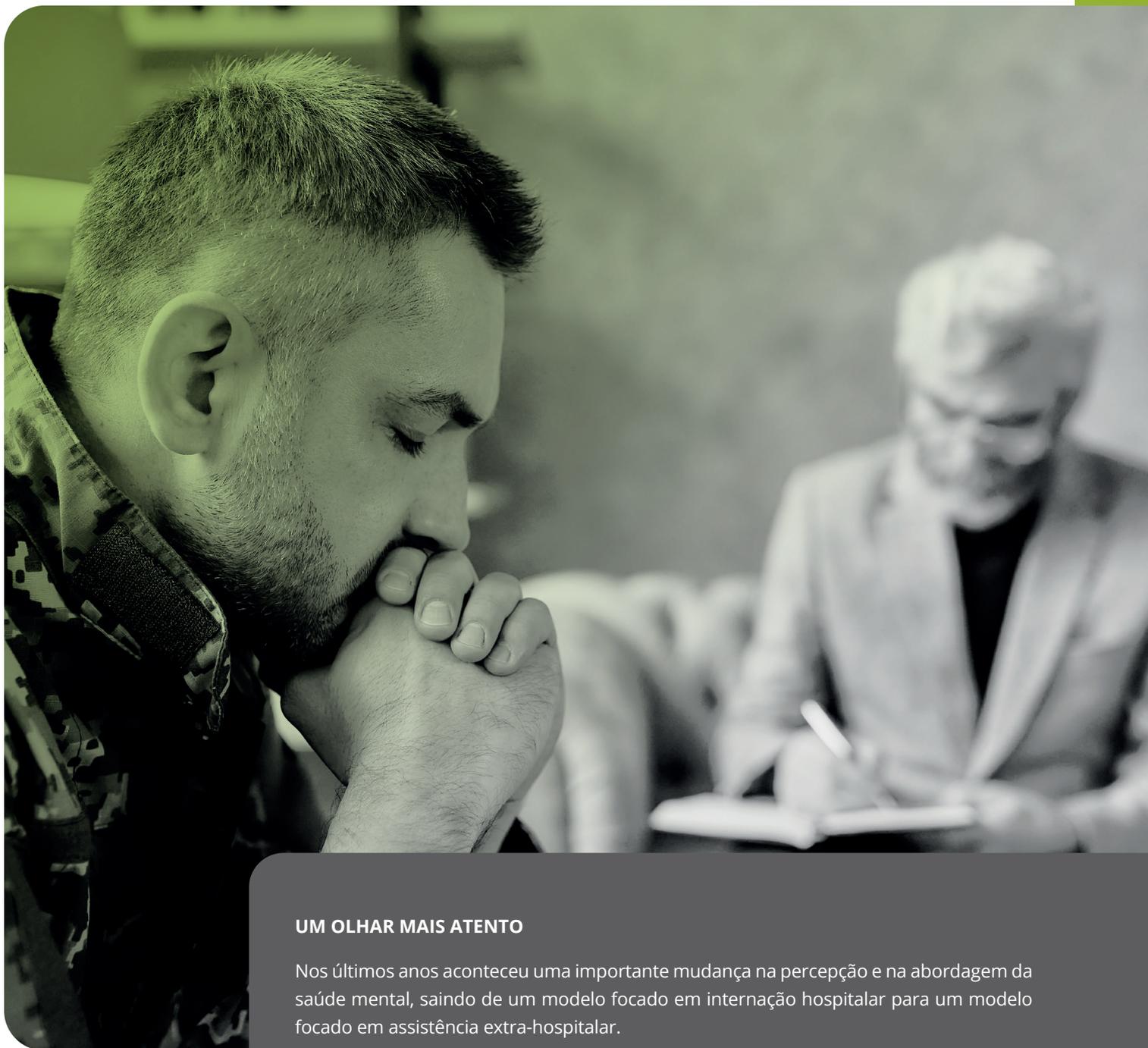
ANALISANDO CASO A CASO

A cláusula contratual de coparticipação, transcorridos 30 dias de internação psiquiátrica, tem se constituído como uma prática do setor. A seguir, apresentamos uma decisão judicial em que prevaleceu entendimento sobre a regularidade dessa prática. No julgamento do AREsp. 1.679.190 – SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 26 de setembro de 2017, publicado no DJe de 02 de outubro de 2017, entendeu que:

- A estipulação de coparticipação nessas situações se revela necessária, porquanto, por um lado, impede a concessão de consultas indiscriminadas ou o prolongamento em demasia de tratamentos e, por outro, restabelece o equilíbrio contratual (art. 51, §

2º, do CDC), visto que as sessões acima do limite mínimo estipulado pela ANS não foram consideradas no cálculo atuarial do fundo mútuo do plano, o que evita a onerosidade excessiva para ambas as partes.

- A coparticipação visa, também, manter o equilíbrio contratual e proteger o fundo mutual, do qual saem os recursos necessários para o pagamento de procedimentos e tratamentos de todos os beneficiários de serviços de saúde suplementar.



UM OLHAR MAIS ATENTO

Nos últimos anos aconteceu uma importante mudança na percepção e na abordagem da saúde mental, saindo de um modelo focado em internação hospitalar para um modelo focado em assistência extra-hospitalar.

As mudanças foram contempladas pela legislação brasileira, com a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

São determinações dessa lei:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

O mecanismo da coparticipação visa, portanto, desencorajar a decisão pela continuidade da internação sem que outras alternativas de terapia sejam consideradas para o bem-estar do paciente.

Saiba mais

Para referências técnicas e glossários dos termos utilizados nesse produto, acesse o aplicativo do pncard ou no **site 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 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.

IESS
INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Projeto gráfico e editorial  **Letra Certa**
PROTEGIDA EM COMERCIALIZAÇÃO

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