

CONHEÇA MAIS SOBRE O MECANISMO DE REGULAÇÃO FINANCEIRA COPARTICIPAÇÃO

O mecanismo financeiro de regulação coparticipação está previsto na Lei de planos de saúde Lei 9.656/98 e regulamentação editada pela ANS, CONSU 8 e Instrução Normativa 26. Desde que prevista em contrato de forma clara e, desde que incida sobre procedimentos e não seja caracterizada fator restritor severo ou financiamento integral do plano de saúde está poderá ser cobrada pelas operadoras. Vejamos as disposições previstas na legislação quanto a este mecanismo financeiro:

A Resolução Normativa CONSU 8, de 1998, dispõe sobre os mecanismos de regulação nos planos e seguros privados de assistência à saúde utilizados para gerenciamento de ações de saúde para controle ou regulação, dentre eles a coparticipação.

O gerenciamento das ações de saúde pode ser realizado pelas operadoras através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda, quanto da utilização dos serviços assistenciais, observado o disposto na Lei 9.656/98 e no código de ética profissional de acordo com os critérios estabelecidos na regulamentação.

O fator moderador coparticipação, franquia, autorização prévia de procedimentos, porta de entrada, direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso, são alguns exemplos de mecanismos de regulação existentes no mercado e saúde suplementar. Neste parecer será abordado especificamente sobre o fator moderador coparticipação:

De acordo com o Glossário Temático Saúde Suplementar, a coparticipação é um mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou pela pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento.”

As operadoras legalmente podem utilizar o mecanismo de regulação financeira, coparticipação desde que não implique no desvirtuamento da livre escolha do beneficiário na rede credenciada disponível, bem como não efetuar a cobrança que caracterize financiamento integral do procedimento pelo usuário do plano ou utilizar fator restritor severo ao acesso dos serviços. Além disso, para sua cobrança esta deve estar prevista de forma clara no instrumento contratual.

Núcleo Regulatório
Gestão Jurídica
Unimed Federação Minas

✉ juridico@unimedmg.coop.br

A cobrança de coparticipação é um mecanismo de regulação financeiro que visa o uso racional do plano em que o contratante custeia parte do gasto que realiza, ou seja é a parte efetivamente paga à operadora referente a realização do procedimento, podendo ocorrer na forma de percentual ou valor fixo pelo procedimento previsto em tabela.

As operadoras ao utilizarem de tais mecanismos de regulação devem atender às seguintes exigências previstas na regulamentação informando, de forma clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano de saúde, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede os quais foram dotados, especialmente, os relativos a fatores moderadores de coparticipação. Ou seja, devem ser prestadas todas as condições para sua utilização, se houver previsão contratual clara quanto a todas as condições.

A cobrança da coparticipação nos termos da regulamentação vigente, incide sobre o procedimento realizado, não sendo admitida, pela ANS, a cobrança sobre materiais e medicamentos, conforme consta em nota técnica emitida pela ANS e artigo 3º da Resolução do CONSU 8/98, além de pareceres sobre o assunto.

Ressalta-se que este assunto já foi objeto de ação judicial no âmbito do Superior Tribunal de Justiça (RESP nº 1566062/RS), que concluiu não ser ilegal cláusula de coparticipação, desde que observada a Resolução do CONSU nº 08, que veda a adoção de fator restritor severo ao acesso do serviço. Além disso, há outras diversas decisões judiciais no âmbito do Tribunal de Justiça de Minas Gerais favoráveis a cobrança, desde que prevista no contrato e incidente sobre a tabela praticada.

Isto posto, para a cobrança de coparticipação, a operadora deve especificar de forma clara no contrato as condições para a cobrança, podendo, inclusive, instituir limitadores para essa cobrança.

COMPROVAÇÃO JUNTO À ANS DO VALOR COBRADO DE COPARTICIPAÇÃO:

Para apresentação de defesas de reclamações de notificação de intermediação preliminar (NIP) de beneficiários, junto à ANS, a operadora necessita comprovar que os valores cobrados à título de fator moderador deve estar em conformidade com o contrato e com a regulamentação em vigor.

Além disso, a Agência exige também o envio de cópia da nota fiscal de pagamento ao prestador de serviços e cópia do contrato celebrado entre a operadora e o prestador, conforme o caso.

Nos casos em que o procedimento é realizado no intercâmbio, a nota fiscal que é emitida pela Unimed executora do procedimento se refere a todos os atendimentos realizados por esta e, juntamente com a nota fiscal, deve ser encaminhado relatório detalhado contendo o nome dos beneficiários, código, nome do procedimento realizado, taxas e insumos.

Neste caso, não há uma nota fiscal com o valor pago pelo procedimento diretamente em nome do prestador do serviço ao beneficiário, pois a nota é emitida pela executora em nome da Unimed origem do beneficiário.

Além disso, como a Unimed executora que realizou o procedimento é quem possui contrato com o prestador, neste caso a Unimed origem que recebeu a demanda NIP, não consegue comprovar junto à ANS o valor pago, nem a cópia do contrato com o prestador.

Ocorre que, em alguns casos observa-se que os valores praticados em intercâmbio não retratam o valor cobrado a título de coparticipação junto ao beneficiário, situação que expõe a operadora em risco de multa em demandas NIPs, considerando que a resolução do CONSU 8 também veda a cobrança de coparticipação no valor integral do procedimento ou adoção de fator restritor severo ao acesso dos serviços.

Nestes casos, é importante esclarecer na defesa que o atendimento foi realizado em rede indireta, intercâmbio, cujo pagamento ao prestador foi realizado pela Unimed intercâmbio de acordo com a tabela praticada (juntar algum documento que comprove o pagamento do procedimento em intercâmbio para a Unimed Executora).

Nos demais atendimentos de beneficiários da própria Unimed na sua rede contratada, para a comprovação da cobrança correta da coparticipação junto à ANS, devem ser enviados o contrato, proposta, tabela (se houver), nota fiscal do pagamento ou declaração do prestador com o valor recebido pela realização do procedimento.

COPARTICIPAÇÃO INCIDENTE SOBRE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E TAXAS

Em relação a cobrança de materiais, medicamentos e taxas, algumas operadoras do Sistema Unimed inserem nos contratos celebrados com os contratantes de seus planos a cobrança de coparticipação em materiais, medicamentos e taxas, em especial medicamentos para terapias antineoplásicas domiciliares.

Não obstante, o entendimento do órgão regulador, fundamentado na resolução do CONSU 8 que é vedado incidir a coparticipação sobre estes itens. A ANS, em

diversos pareceres, inclusive um novo emitido em 2023, se manteve taxativa quanto à impossibilidade de incidir fator moderador coparticipação em medicamentos. Vejamos teor do último parecer emitido:

Em resposta à consulta à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, informamos que seu questionamento foi direcionado à área técnica competente, que se manifestou como segue:

"Este GEFAP subscreve a resposta elaborada GGRAS, em especial *no que se refere que a incidência de fatores moderadores deve ser vinculada unicamente aos procedimentos realizados, portanto, em caso de emprego de medicamentos, por exemplo, o fator moderador incidente deve ser aquele do procedimento a ser realizado, independentemente do medicamento utilizado, não havendo incidência de coparticipação sobre o medicamento.*"

Disque ANS : 0800 701 9656

Fale Conosco : Localizado no site www.ans.gov.br

A operadora, ao cobrar dos contratantes dos planos a coparticipação sobre materiais, medicamentos e taxas, está exposta ao risco de multa em caso de demanda NIP. Por isso, a operadora deve sopesar sobre os riscos envolvidos nesta cobrança. Na hipótese desta optar pela continuidade da cobrança deve-se avaliar, também, a adoção de limitadores por procedimento para mitigar riscos de reclamações administrativas.

Ressalta-se que em casos de procedimento antineoplásico ambulatorial ou apenas a disponibilização de medicamento domiciliar, a cobrança da participação de acordo com entendimentos da ANS esta incidiria apenas sobre o procedimento ambulatorial, à exemplo disso honorário médico envolvido. Todavia a cobrança de coparticipação sobre o procedimento, honorários em si não terá nenhuma representação, pois, nestes casos o maior custo está relacionado ao medicamento, em que a ANS já manifestou reiteradas vezes que não pode haver incidência de cobrança de coparticipação.

Deste modo, ao efetuar a cobrança de coparticipação sobre medicamentos/materiais em procedimentos ambulatoriais há o risco de demandas administrativas considerando os posicionamentos emitidos pela Agência reguladora.

COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CURATIVOS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar foi instada a manifestar sobre a possibilidade de cobrança de coparticipação quando da realização dos procedimentos curativos previstos no rol de procedimentos, tais como: aspiração auricular, curativo de queimaduras, curativo especial sob anestesia, ducha de politzer ou curativo de ouvido, curativos em geral com ou sem anestesia realizados pelos profissionais enfermeiros, conforme preleciona a Resolução do COFEN nº 0567/2018, que regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas.

De acordo com parecer da ANS, desde que previsto no instrumento de contratual, não haja financiamento integral do procedimento pelo beneficiário ou fator restritor severo ao acesso dos serviços, entende-se que **não há vedação para cobrança de fator moderador a depender de qual profissional de saúde execute o procedimento. A incidência de fator moderador está vinculada apenas ao procedimento.**

Isto posto, desde que o plano seja registrado com cobrança de coparticipação, haja previsão no contrato celebrado de forma clara e transparente é possível a cobrança dos procedimentos curativos em geral com e sem anestesia, sendo certo que tal cobrança se aplica exclusivamente dentro da cobertura ambulatorial. O parecer da ANS sobre este tema está disponível no Atena.

Esclarecemos ainda que na hipótese de efetuar a cobrança de coparticipação em curativo é importante inserir cláusula específica no contrato de plano de saúde para que não haja questionamento futuro sobre tal cobrança.

COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO EM PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS REALIZADOS EM HOSPITAL-DIA

Nos termos da regulamentação em vigor RN 465/2021 esta conceitua hospital-dia como “recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar”.

A Portaria 44/2001 do Ministério da Saúde define como regime de hospital dia “a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas”.

Núcleo Regulatório
Gestão Jurídica
Unimed Federação Minas

✉ juridico@unimedmg.coop.br

Unimed 
Federação Minas

Verifica-se, portanto, que a realização de procedimentos, em hospital dia, se trata de uma internação de curta permanência para realização de procedimentos, sejam eles de cobertura ambulatorial ou cirúrgicos.

Algumas Singulares nos apresenta dúvidas quanto a forma de cobrança da coparticipação quando o procedimento é realizado em hospital dia, especialmente quando o procedimento possui cobertura ambulatorial em que o médico assistente solicita a realização em regime de hospital dia.

Ressalta-se que a cobrança da coparticipação nas internações hospitalares a resolução do CONSU 8 prevê que esta somente poderá ser cobrada por evento e em valor pré-definido em contrato à exceção quanto as internações psiquiátricas em que a regulamentação prevê o limite de 50% a partir do 31º dia de internação por ano de contrato.

Considerando que o atendimento em regime de hospital dia, se trata de uma internação em período de curta duração as disposições previstas na resolução do CONSU 8 para internações hospitalares também se aplicam ao hospital dia que também é um regime de internação. A própria Agência reguladora foi instada a manifestar a respeito da cobrança de coparticipação nestes casos, vejamos a resposta:

- 1) Informa-se que "internação hospitalar" se refere ao período compreendido entre a solicitação da assistência, materializada pela admissão do paciente/beneficiário em estabelecimento hospitalar, até sua alta, solicitada por profissional de saúde assistente. Portanto, todos os dias que compõem uma internação hospitalar correspondem a evento único. O mesmo vale para internação em regime de hospital-dia.*
- 2) Procedimentos realizados durante uma internação não poderão gerar cobrança de fator moderador. A coparticipação deverá ser cobrada pelo evento "internação".*
- 3) Se não houver internação, poderá ser cobrada coparticipação pelo procedimento em si. Se não há internação, não há por que cobrar coparticipação pela internação. O valor cobrado deverá ser aquele previsto em contrato.*
- 4) Todos os procedimentos (sejam ambulatoriais ou hospitalares) sujeitos a cobrança de coparticipação deverão ter o respectivo valor disposto claramente em contrato. "*

COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO EM PERCENTUAL OU VALOR FIXO E CLASSIFICAÇÕES

A cobrança de coparticipação, nos termos previstos na resolução do CONSU 8, e conforme pode ser definida em valor definido ou em percentual, à exceção quanto as internações que conforme acima exposto, sejam elas hospitalares ou hospital dia, em que o fator moderador deve ser prefixado em valor e não podem sofrer indexação por procedimento e/ou patologias.

Além disso, nas internações psiquiátricas, a regulamentação permite a cobrança a partir do 31º dia de internação limitado a 50% do valor da conta hospitalar. Ressalta-se que nestes casos, de internações psiquiátricas de longa duração é importante comunicar o contratante do plano o número de dias de internação e a partir de quando iniciará a cobrança de coparticipação no percentual estabelecido no contrato.

A definição do fator moderador coparticipação, em percentual ou valor fixo, em consultas e exames compete a operadora, das quais constará em nota técnica de registro do plano de saúde a ser arquivada pela operadora. Na hipótese de alteração do percentual e da forma de cobrança da coparticipação é necessário solicitar a consultoria atuarial o ajuste na nota técnica para novos contratos ou a realização de acordo em aditivo contratual com pessoas jurídicas.

A operadora, ao optar pela coparticipação em valor fixo sobre o procedimento realizado, é um facilitador na comercialização do plano junto ao contratante, pois, possibilita a ciência do valor exato que o contratante arcará em caso de utilização das coberturas, sem depender de cálculo na tabela ou consultar a operadora nos casos de coparticipação definida em percentual.

Ao fazer a menção em contrato que haverá incidência de cobrança de coparticipação nos exames/procedimentos classificados como básicos, especiais, grupo I, grupo II, categoria simples, categoria diferenciada, básica, especial, dentre outras divisões, a operadora deverá deixar claro em documento quais são os procedimentos destas classificações em que haverá variação do custo para realização do procedimento. Ou seja, o instrumento contratual e propostas de contratação do plano devem esclarecer quais são os procedimentos listados nestas classificações (básico, simples, diferenciado, etc), bem como esclarecer qual é o critério para sua definição e para inclusão de novos procedimentos.

Ressalta-se que nas terapias para transtornos globais do desenvolvimento, incluindo TEA, considerando que algumas abordagens possuem custo mais elevado, na hipótese de a operadora efetuar a cobrança de coparticipação classificando os procedimentos/terapias, por exemplo como básico ou especial é

obrigatório esclarecer no contrato ou em documento parte integrante quais as terapias serão classificadas como básicas ou especiais para fins de cobrança diferenciada de coparticipação.

Desta forma é necessário incluir uma cláusula no contrato/proposta de admissão/adesão do beneficiário tais informações, tanto para cobrança de coparticipação como para exigir o cumprimento de carências.

Além disso, em defesas de ressarcimento ao SUS, em que for solicitado o desconto da coparticipação a Agência exige a informação clara sobre quais os procedimentos são classificados por exemplo como básicos, especiais, etc além da informação ao beneficiário de forma clara e transparente no instrumento contratual.

Recomenda-se além disso inserir tais informações no PIN - Portal de Informações Assistenciais do Beneficiário e da contratante, além dos documentos de contratação e tabelas, site da operadora.

No que se refere a definição da coparticipação **em percentual**, o consumidor para saber qual valor arcará ao utilizar o plano, necessita da tabela praticada pela operadora junto à rede credenciada. Neste caso, é necessário calcular o percentual sobre o valor do procedimento e este é um ponto que pode dificultar a compreensão, pois necessitará da tabela para fazer o cálculo.

Além disso, a coparticipação em percentual, a depender do custo do procedimento se a operadora não instituir um teto (limitador por procedimento) é possível que o valor a ser pago pelo contratante, à título de coparticipação, fique bem oneroso e iniba a utilização do plano.

Outrossim, é importante pontuar quanto aos casos de atendimentos realizados em intercâmbio, cujo valor da coparticipação incidirá sobre o procedimento, conforme valores de tabela de intercâmbio que não é divulgada aos beneficiários.

Ressalta-se que em havendo onerosidade excessiva da cobrança da coparticipação ou financiamento integral do procedimento esta pode ser caracterizada fator restritor severo ao acesso dos serviços, sendo passível de aplicação de penalidade pelo órgão regulador, nos casos de demandas administrativas junto a ANS.

A forma de cobrança da coparticipação, **seja em percentual ou valor**, é uma definição da operadora que deve avaliar e escolher o modo de cobrança que seja mais aderente às características locais para comercialização dos seus planos.

Inclusive, quanto à forma adotada pelos concorrentes para competir no mercado de modo que seja ofertado o produto competitivo às práticas da região.

Ademais, em quaisquer das duas formas de cobrança, seja valor definido ou percentual, desde que previsto na precificação do produto em nota técnica atuarial este deve estar claro em contrato, inclusive com as informações e valores de tabela praticados.

TABELAS PRATICADAS, DIVULGAÇÃO DE FORMA CLARA E TRANSPARENTE

A adoção de uma tabela de referência para cobrança de coparticipação não é regulamentada pela ANS não obstante haver diversos pareceres da Agência tanto da Diretoria de Habilitação de Produtos (DIPRO), quanto da Procuradoria Geral sobre a possibilidade da operadora utilizar tabela de referência para efetuar as cobranças das coparticipações. Todos estes pareceres foram elaborados durante a publicação pela ANS da RN 433, em 2018, que foi revogada pela ANS.

Em que pese não haver regulamentação vigente a respeito de uma tabela de referência que contenha a relação de procedimentos e grupos de procedimentos sobre os quais incidirá a coparticipação (valor fixo e/ou percentual) é importante, principalmente nos casos de coparticipação definida em percentual, a operadora disponibilizar uma tabela.

A elaboração de uma tabela de forma clara e transparente ao consumidor, inclusive com a metodologia de reajuste anual, contendo os valores, lista de procedimentos e códigos com previsão de cobrança de coparticipação são meios de comprovação da ciência do consumidor quanto aos valores praticados e que serão cobrados à título de coparticipação e, inclusive é uma forma de apresentação de defesa nos casos de reclamações NIPs e até mesmo em demandas judiciais.

O conhecimento prévio do consumidor acerca dos valores que serão devidos de coparticipação sobre a realização de procedimentos atende o princípio de transparência e informação clara prevista no Código de Defesa do Consumidor, regulamentação editada pela ANS e demais legislações.

No que tange a utilização de tabela de referência, a Unimed Federação Minas encaminhou consulta formal para a ANS das quais obteve o seguinte retorno:

“É permitido às Operadoras estabelecer ações de controle ou regulação, para gerenciamento das ações de saúde, no momento em que os serviços são demandados ou quando são efetivamente realizados. Entretanto, os mecanismos adotados devem estar previstos em contrato e não podem caracterizar fator de restrição severo ao acesso aos serviços. Assim, deve-se

Núcleo Regulatório
Gestão Jurídica
Unimed Federação Minas

respeitar a previsão contratual para a cobrança. Além disso, tal previsão deve informar de forma clara as condições para utilização do mecanismo de regulação, e os valores cobrados do beneficiário não poderão caracterizar financiamento integral do procedimento.

Diante disso, para comprovar a regularidade da cobrança, devem ser apresentados documentos que comprovem que a coparticipação não representou financiamento integral do procedimento, o que pode ser feito mediante nota fiscal, comprovante de pagamento ou declaração do prestador em que os serviços foram realizados.”

REAJUSTE DA COPARTICIPAÇÃO E COMUNICAÇÃO AOS CONTRATANTES E ANS

A forma de reajuste da coparticipação é obrigatório constar no contrato do plano de saúde, inclusive, se será aplicado um índice financeiro sobre o valor definido, se este índice atualizará a tabela/os valores estabelecidos de coparticipação.

A Resolução Normativa n° 565/2022 publicada pela ANS, prevê a obrigatoriedade de a operadora comunicar o reajuste financeiro anual aos contratantes dos planos sejam eles individuais familiares ou coletivos.

A referida RN 565 prevê que nos **planos individuais familiares** o índice de reajuste máximo a ser autorizado pela ANS para as contraprestações pecuniárias dos planos médicos hospitalares, os valores relativos às franquias ou coparticipações **não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária.**

Deste modo, no caso de planos individuais familiares, o reajuste da coparticipação está vinculado ao índice autorizado pela ANS para reajuste das mensalidades dos planos médicos hospitalares.

No caso de planos coletivos, o reajuste da mensalidade e coparticipação não estão vinculados ao índice da ANS, mas ao índice estabelecido em contrato. Algumas operadoras tem utilizado em contratos coletivos o índice da ANS, todavia esta deve sopesar sobre a inserção de cláusula de reajuste vinculada ao índice da ANS, que existe uma metodologia própria estabelecida pela Agência para planos individuais familiares apenas. Além disso, como já houve a publicação de índice negativo este também é um fator que deve ser avaliado.

Além disso, o índice publicado pela ANS prevê metodologia própria de apuração prevista na RN 441 que inclui despesas assistenciais desta modalidade de plano, fator de ganho e eficiência e IPCA expurgado os planos de saúde, razão pela qual

é inapropriado a adoção do índice da ANS para reajuste das mensalidades dos planos coletivos e das coparticipações.

Ao comunicar o reajuste da contraprestação pecuniária **deverá ser também informado o reajuste das coparticipações ou da sua manutenção**. Tal comunicação, deve ser feita aos contratantes de planos individuais familiares por meio do boleto, onde deve constar o número do ofício da ANS que autorizou o reajuste e o percentual autorizado, nos casos de planos coletivos, a comunicação deve ser feita aos beneficiários por meio da contratante, bem como junto a ANS no aplicativo RPC.

Em conformidade com o disposto na RN 565, nos casos de planos coletivos em que houver cobrança mensal aos beneficiários, por qualquer meio, como desconto em folha ou débito bancário, **ainda que não sejam emitidas pela operadora**, esta deverá **diligenciar para que os beneficiários recebam, nomês do reajuste, um documento contendo as informações** acima previstas. Inclusive, nos casos em que o contrato for celebrado com Administradora de Benefícios como estipulante.

Isto posto, recomenda-se a elaboração de um comunicado específico para envio aos beneficiários, seja pela pessoa jurídica, mediante a comprovação de que tal comunicação foi realizada junto aos beneficiários ou pela própria operadora, que poderá comunicá-los diretamente. Lembrando que a comunicação do reajuste do plano de ex-empregados, aposentados e demitidos que optaram pela manutenção no plano de saúde, do mesmo modo, cabe a operadora.

DESCONTO DA COPARTICIPAÇÃO NOS CASOS DE REEMBOLSO NAS HIPÓTESES DE INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE REDE

Em se tratando de indisponibilidade ou inexistência de rede credenciada da operadora na área de atuação do plano de saúde contratado.

A RN 566 da ANS prevê nos incisos I e II do artigo 4º que nos casos de indisponibilidade de rede integrante da operadora que ofereça o serviço/procedimento demandado no município da área geográfica e atuação do plano, a operadora deverá garantir o atendimento em:

- I - Prestador NÃO integrante da rede assistencial no mesmo município. No caso de atendimento por prestador NÃO INTEGRANTE DA REDE ASSISTENCIAL, o pagamento do serviço/procedimento SERÁ REALIZADO PELA OPERADORA AOPRESTADOR, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES; ou
- II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios

limitrofesa este. 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 de atendimento previstos na RN 566.

Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em:

I - prestador INTEGRANTE OU NÃO da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou

II - prestador INTEGRANTE OU NÃO DA REDE assistencial na região de saúde à qual faz parte o município. A região de saúde está prevista na IN 16 DIPRO os municípios que compõem as regiões.

Como é cediço, em cumprimento ao disposto no inciso I do artigo 4º da resolução cabe a operadora negociar diretamente os custos do procedimento com o prestador não credenciado devendo realizar a garantia do atendimento requerido pelo beneficiário. Neste sentido, a operadora não pode deixar à cargo do beneficiário procurar prestador e reembolsá-lo. Haja vista ainda que o plano contratado não se referir a livre escolha de prestadores, mediante reembolso.

A normativa prevê também que na hipótese de a operadora descumprir as suas disposições cabe o reembolso integral dos custos do atendimento, além do transporte, **podendo haver a dedução da coparticipação prevista em contrato.**

Art. 9º
()

§ 3º Nos contratos com previsão de cláusula de co- participação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

A tratativa de deixar o próprio beneficiário negociar o atendimento com prestador e, posteriormente a operadora realizar o reembolso abre um precedente para que o prestador não credenciado se recuse a negociar valor diretamente com a operadora, pois tal tratativa direta com o beneficiário, o valor particular pode ser maior que o negociado com a operadora. Além disso, incorre a operadora no risco de no futuro este não se interessar em realizar credenciamento.

Em relação ao desconto do valor da coparticipação, a ANS já foi instada a manifestar a respeito e esta esclareceu que a coparticipação a ser descontada deve ser a situação que for mais vantajosa ao beneficiário e que não é razoável que este seja penalizado por um problema que não deu causa. Ou seja, em se tratando de insuficiência de rede da operadora, o ônus não poder ser repassado ao beneficiário.

No que se refere a tabela da Unimed e o valor real pago ao prestador como é cediço a depender do prestador, os valores negociados com a rede para realização dos procedimentos podem variar, neste caso o meio de calcular o valor da coparticipação definida em percentual poderia ser sobre o valor exato do procedimento pago ao prestador ou a adoção de uma tabela formatada com o custo médio dos procedimentos, cuja tabela deve estar prevista no contrato de forma clara ao consumidor.

A Unimed Federação Minas, inclusive, fez este questionamento para a ANS e obteve como resposta a necessidade de haver previsão contratual, a impossibilidade de cobrança integral ou adoção de fator restritor severo ao acesso dos serviços, trazendo ainda o órgão regulador como exemplos para comprovação da regularidade da cobrança: nota fiscal, comprovante de pagamento ou declaração do prestador em que os serviços foram realizados.

Deste modo, a operadora deve em conformidade com a regulamentação negociar diretamente com o prestador a garantia do atendimento ao beneficiário, bem como efetuar o desconto da coparticipação, o que for mais favorável ao beneficiário, até mesmo em observância às disposições previstas no Código de Defesa do Consumidor.

COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO NOS CASOS DE INTERNAÇÃO HOME CARE POR FORÇA DE DECISÃO JUDICIAL

A RN 465/2022 que dispõe prevê que a internação domiciliar é um conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada, vejamos o disposto na normativa:

Art. 13. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e nas alíneas "c", "d", "e" e "g" do inciso II do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 1998.

Parágrafo único. Nos casos em que a atenção domiciliar não se dê em

Núcleo Regulatório
Gestão Jurídica
Unimed Federação Minas

✉ juridico@unimedmg.coop.br

Unimed 
Federação Minas

substituição à internação hospitalar, deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

DISPONIBILIZAÇÃO NO SITE DA OPERADORA DOS EVENTOS ASSISTENCIAIS POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS

A RN 509 prevê sobre a transparência de informações em que a operadora está obrigada a publicar no seu portal corporativo o componente Utilização dos Serviços do PIN-SS. Todos os eventos assistenciais reconhecidos independente da ocorrência de glosa de valor, considerando-se todos os eventos realizados na rede própria, credenciada, referenciada, cooperada, na rede indireta ou fora da rede, quando houver cobertura para reembolso são obrigatórios a divulgação.

As informações do componente de utilização devem ser publicadas de forma agrupada por categoria de despesa e deverá obedecer às seguintes regras:

I - as informações deverão ser apresentadas de forma agrupada por categoria de despesa, de acordo com a natureza do procedimento;

II- para cada categoria de despesa deverá ser apresentada a relação individualizada dos procedimentos realizados pelo beneficiário;

III - para cada procedimento realizado deverá ser apresentada a data de realização;

IV - para cada procedimento realizado deverão ser apresentadas as seguintes informações do prestador de serviços de saúde que realizou o procedimento:

a) nome empresarial (razão social) ou denominação e título do estabelecimento (nome fantasia), quando for pessoa jurídica; e

b) nome completo e Cadastro de Pessoa Física - CPF, quando for pessoa física; e

V - para cada categoria de despesa deverá ser apresentado o valor global da despesa, deduzidas eventuais glosas de valor, independente da forma de remuneração.

Além destas informações, o beneficiário/contratante deve ser informado de forma clara sobre tais custos em que estes deverão efetuar o pagamento da coparticipação, em observância ao Código de Defesa do Consumidor.

A divulgação destas informações torna o processo de cobrança das coparticipações mais transparente, considerando que o contratante poderá conferir os valores que estão sendo cobrados quando da realização de procedimentos.

SEGURANÇA JURÍDICA

Em 2018, a ANS, na tentativa de regulamentar de forma mais clara a matéria, publicou a RN 433. Contudo, diante das diversas manifestações, ação judicial e críticas da sociedade, a normativa foi revogada. A resolução, inclusive isentava o consumidor da cobrança de diversos procedimentos que, ao longo do tempo, na opinião de especialistas e atuários, traria impactos financeiros relevantes às operadoras.

Atualmente, a Unimed Federação Minas tem recebido grande número de consultas regulatórias relacionadas à cobrança de coparticipação em materiais e medicamentos. Este é um assunto controverso e que gera insegurança jurídica considerando a única regulamentação existente, a Resolução do CONSU 8, que prevê a cobrança apenas sobre o procedimento e pareceres da ANS, todos contrários à cobrança de coparticipação sobre tais insumos.

Todavia, segundo avaliação técnica realizada pela Federação, pleitear junto à ANS a regulamentação deste assunto, conforme outrora tenha sido feita pela própria Agência e em seguida revogada a resolução 433, da forma como foi apresentada aos entes regulados, é passível que tenhamos norma muito mais avessa às operadoras trazendo, por conseguinte, impactos financeiros maiores que a atual resolução do CONSU 8. Por isso, tal reivindicação deve ser avaliada e refletida com cautela.

Quaisquer dúvidas, entrar em contato por meio do seguinte endereço eletrônico nucleoregulatorio@unimedmg.coop.br

Parecer elaborado por: Maria Lucia Oliveira

Núcleo Regulatório
Gestão Jurídica
Unimed Federação Minas

✉ juridico@unimedmg.coop.br

Unimed 
Federação Minas