

ENTENDIMENTO DIFIS Nº 08, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2017

Processo administrativo sancionador. Infrações envolvendo questões sobre reembolso. Dúvida acerca da natureza da demanda. Dúvida acerca da submissão de conduta ao artigo 77 ou 78 da Resolução Normativa - RN nº 124, de 2006.

I - Introdução:

1. Trata-se de Nota Técnica elaborada pela Assessoria Normativa da Diretoria de Fiscalização - DIFIS, com fundamento na Instrução Normativa - IN nº 12 da DIFIS, de 25 de janeiro de 2016, com o escopo de padronizar e uniformizar a atuação desta diretoria, discorrendo sobre os fundamentos, espécies, características e os elementos do instituto do reembolso, bem como o correto enquadramento das condutas infrativas decorrentes do tema.
2. Diante do cenário apresentado, restou evidenciada a necessidade de elaboração de entendimento, de forma a tecer algumas considerações pertinentes sobre a questão e uniformizar o tema.

II- Fundamentação:

3. Como é sabido, o objeto principal dos contratos celebrados com as operadoras de planos de saúde é a assistência à saúde, garantida através do atendimento por profissionais ou serviços, integrantes ou não de sua rede, mediante pagamento direto ao prestador ou reembolso.
4. Entretanto, o instituto do reembolso, embora largamente utilizado nas relações jurídicas firmadas entre as operadoras e seus beneficiários, não possui regulamentação própria, específica, sendo tratado acessoriamente em diversos diplomas legais e/ou normativos disciplinadores do mercado de saúde suplementar.
5. Dessa forma, é imprescindível discorrer sobre os fundamentos, as espécies, as características e os elementos do instituto do reembolso.

II.1. O instituto do reembolso na Lei nº 9.656/98:

6. O instituto do reembolso está previsto no inciso I e no §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde:

“Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

*I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante **reembolso** ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).*

§ 1o Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) custeio de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

*c) **reembolso** de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*

d) mecanismos de regulação; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o

§ 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

*VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, **nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência**, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, **de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;** (grifou-se)*

II.2. O reembolso no âmbito da Garantia de Atendimento - RN nº 259/2011

7. A Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de planos privado de assistência à saúde, contém as seguintes disposições sobre reembolso:

*Art. 9º Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, **caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias**, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)*

***§ 1º Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente.**(Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)*

§ 2º Nos produtos onde haja previsão de acesso a livre escolha de prestadores, quando o procedimento solicitado pelo beneficiário não estiver disposto na cláusula de reembolso ou quando não houver previsão contratual de tabela de reembolso, deverá ser observada a regra disposta no caput deste artigo. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º Nos contratos com previsão de cláusula de co-participação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 4º Nas hipóteses em que existe responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011) (grifou-se)

II.3. Das cláusulas contratuais obrigatórias sobre reembolso (IN/DIPRO nº 23/2009)

8. O manual de elaboração dos contratos de planos de saúde, constante do Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 23, de 1 de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO contém as seguintes disposições sobre reembolso:

Tema VIII - Atendimento de Urgência e Emergência:

F) Em planos de todas as segmentações, o contrato deve dispor sobre:

1. a garantia do reembolso, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano (artigo 12, VI, da Lei 9656/1998);

2. a garantia de que o valor do reembolso nas urgências e emergências não seja inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano (artigo 12, VI, da Lei 9656/1998);

3. a relação dos documentos necessários para

o reembolso, assegurando que o seu pagamento será efetuado em até trinta dias da entrega destes documentos;

Tema IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Os contratos de planos de saúde que permitem acesso a livre escolha de prestadores devem:

A) Indicar as coberturas que o consumidor poderá utilizar no sistema de acesso a livre escolha de prestadores não participantes da rede assistencial, própria ou contratualizada, na forma do item 9 do Anexo II da RN 100/2005 e conforme cadastrado na ANS.

B) Conter cláusula clara com todas as informações necessárias para que o próprio consumidor possa calcular o quanto receberá de reembolso. Deste modo, a operadora deve trazer, conforme o caso; fórmula, juntamente com as descrições de seus componentes tais como: múltiplo de reembolso, unidade de reembolso, textos explicativos a respeito do modo de efetivação do cálculo etc.

C) A tabela utilizada para o cálculo do valor de reembolso deve ser amplamente divulgada pela operadora, para tanto deverá indicar no contrato:

1. além do registro em cartório, pelo menos mais dois meios de divulgação da tabela, dentre os seguintes: acesso à tabela no sítio da operadora na internet; disponibilização da tabela na sede da contratante em planos coletivos, para consulta dos beneficiários; disponibilização da tabela na sede da operadora, para consulta dos beneficiários;
2. os meios de esclarecimento desta tabela, por exemplo, através de atendimento por telefone ao consumidor;
3. para melhor compreensão dos beneficiários, a operadora poderá ainda estabelecer em seu contrato uma tabela exemplificativa com os

valores dos procedimentos mais utilizados.

D) Disponer que o valor de reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada (inciso IX, artigo 2º, Resolução CONSU 08/1998, acrescentado pelo inciso V, artigo 1º, da Resolução CONSU 15/1998).

E) Estipular prazo de reembolso, observando o prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada (aplicação por analogia do inciso VI, artigo 12, da Lei 9656/1998).

F) Informar como ocorrem os reajustes dos valores de reembolso ou da unidade de serviço, conforme o tipo de tabela utilizado pela operadora.

G) É vedado o reembolso diferenciado por prestador, uma vez que tal prática restringe a livre escolha de prestadores.

II.4. Da correta tipificação das infrações relacionadas ao reembolso

9. As condutas infrativas eventualmente praticadas nos casos envolvendo o reembolso das despesas efetuadas com a assistência à saúde, podem, dependendo de cada situação, se enquadradas nos tipos previstos nos artigos 77 ou 78 da RN nº 124/2006:

“Benefícios de Acesso ou Cobertura

*Art. 77. Deixar de garantir ao beneficiário acesso ou cobertura previstos em lei: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)
Sanção - multa de R\$ 80.000,00.*

Obrigações de Natureza Contratual

Art. 78. Deixar de garantir aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde o

cumprimento de obrigação de natureza contratual: (Redação dada pela RN nº 396, de 25/01/2016)

Sanção - multa de R\$ 60.000,00."

10. De fato, a definição se determinada conduta da operadora configura infração do artigo 77 ou 78 da RN nº 124/06 é matéria controversa e carece de uniformização. Deve-se ter em mente que o artigo 77 trata dos casos diretamente relacionados ao acesso ou cobertura do rol dos procedimentos e eventos em saúde, já o artigo 78 diz respeito à cobertura de procedimentos e eventos previstas no contrato firmado entre a operadora e seu beneficiário.

II.5. Da caracterização da demanda como assistencial ou não assistencial

11. Outra questão enfrentada pelo fiscal, ao analisar um caso, diz respeito à caracterização da demanda como assistencial ou não assistencial. Os conceitos de demanda assistencial e demanda não assistencial podem ser extraídos da dicção do art. 5º, parágrafo único, inciso I da RN nº 388/2015¹:

a. que estabelece que a NIP assistencial tem como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial;

b. NIP não assistencial tem 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.

12. Logo, infere-se **que as condutas relacionadas à infração prevista no art. 77 da RN nº 124/06 são, em regra, de natureza assistencial. Por outro lado, as condutas relacionadas à infração prevista no art. 78 da RN n 124/06 são, em regra, de natureza não assistencial.**

II.6. Dos documentos necessários para a efetivação do reembolso quando o contrato não contiver previsão específica:

13. Nos contratos de planos de saúde de todas as segmentações, conforme disposições específicas do Anexo I da IN/DIPRO nº 23/2009, colacionadas no item II.3, deve ser elencada a relação dos documentos necessários para a solicitação do reembolso.

14. A definição de tais documentos para o pedido de reembolso visa prestigiar a comutatividade², característica imprescindível nos contratos onerosos e bilaterais.

15. Contudo, não obstante a obrigatoriedade de constar expressamente dos contratos a relação dos documentos necessários para a efetivação do reembolso, os agentes da fiscalização frequentemente se deparam com contratos silentes quanto a esta questão.

16. Nesse caso, a omissão contratual gera grave desequilíbrio ao contrato, colocando o beneficiário em uma posição concreta de vulnerabilidade³, pois a operadora acaba definindo de forma unilateral, através de procedimentos internos, quais são os documentos necessários para o procedimento de reembolso.

17. A análise nos processos administrativos sancionadores deve ser sensível a esses argumentos, e

de forma a garantir o equilíbrio e a segurança jurídica de tal relação, demonstra-se imperioso ao menos nortear, para fins de fiscalização, quais elementos devem constar da solicitação de reembolso, segundo a analogia, os costumes e os princípios gerais do direito, na forma do art. 4º do Decreto-Lei 4.657/42 (LINDB)⁴.

18. Assim, é razoável considerar que, na omissão contratual, a operadora poderá exigir que o pedido de reembolso deva ser instruído, ao menos, com qualquer documento hábil e idôneo que comprove a efetiva ocorrência da despesa, identifique o beneficiário e o procedimento executado, inclusive a data em que foi realizado. Ainda, nos casos de serviços e procedimentos que contenham Diretriz de Utilização - DUT estabelecidas, pode ser exigido também laudo ou atestado médico ou outro documento equivalente, emitido pelo profissional que solicitou ou realizou o serviço ou procedimento, atestando seu cumprimento.

19. Ressalta-se que a exigência de tais informações são consideradas razoáveis uma vez que são também utilizadas como parâmetro pela ANS nos campos de preenchimento das guias de solicitação de eventos e procedimentos do Componente de Conteúdo e Estrutura do Padrão TISS versão 201609, previsto na RN nº 305 de 2012⁵.

20. Por fim, a operadora poderá dispensar a apresentação de quaisquer dos documentos acima, devendo ficar claro que documentos distintos dos tratados acima só podem ser exigidos como condição de reembolso caso haja previsão contratual específica.

III. Das hipóteses de reembolso:

III.1. Contrato que prevê a livre escolha de prestadores, com o reembolso das despesas efetuadas (opção de acesso à livre escolha):

21. Considerando as características dos produtos previstos no inciso I e o §1º do art. 1º da Lei 9.656/98, é facultada às operadoras a comercialização de produtos com a previsão contratual de livre escolha de prestadores, com o reembolso das despesas efetuadas, independentemente da existência de rede credenciada/referenciada.

22. Tais contratos, na forma das disposições específicas do Anexo I da IN 23/2009 transcritas na seção II.3, devem, entre outras disposições:

(i) indicar as coberturas que o consumidor poderá utilizar no sistema de acesso a livre escolha de prestadores, ou seja, não participantes de sua rede assistencial, própria ou contratualizada;

(ii) conter a tabela utilizada para o cálculo do valor do reembolso;

(iii) estipular o prazo para o reembolso, que não pode ultrapassar o prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da entrega da documentação adequada, entendida como a documentação prevista no contrato para a solicitação de reembolso.

23. Estando presentes as disposições acima, **o reembolso deve ser efetuado nos limites estabelecidos no contrato firmado entre a Operadora e o contratante/beneficiário**, já que tal previsão decorre de um acordo entre as partes.

24. Todavia, nas hipóteses em que haja previsão da livre escolha de prestadores, mas o contrato não contenha as disposições acima elencadas, deverão ser observadas, na ausência de disciplina específica, por analogia, as regras previstas no art. 9º, §2º da RN nº 259/2011, colacionado no item II.2.

25. Dessa forma, **nos casos em que o contrato firmado entre as partes não contiver adequadamente as disposições elencadas acima, o reembolso deverá ser integral e realizado no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação do reembolso, inclusive as despesas com transporte.**

III.2. Do reembolso pelo descumprimento dos prazos máximos da garantia de atendimento:

26. A partir da vigência da RN nº 259/2011, as operadoras de planos de saúde passaram a ter a obrigação de oferecer cobertura assistencial a todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto, dentro dos prazos definidos pela ANS.

27. Para garantir a assistência oferecida nos produtos, as operadoras devem formar uma rede de prestadores, seja própria ou contratada, compatível com a demanda e com a área de abrangência do plano, capaz de atender às solicitações dos beneficiários nos prazos regulamentares, respeitando o que foi contratado.

28. Contudo, há casos em que a rede prestadora da operadora não consegue realizar os atendimentos aos beneficiários nos prazos definidos no citado normativo, quando os beneficiários acabam tendo que pagar os custos do atendimento para acessá-lo.

29. Nestas hipóteses, **o reembolso se dará na forma prevista na seção II.2, ou seja, a operadora deverá reembolsar o beneficiário integralmente, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, os custos do atendimento, inclusive as despesas com transporte.**

30. Ressalta-se que, nos casos em que o produto, o qual o beneficiário estiver vinculado, preveja a opção de acesso a livre escolha de prestadores, observar-se-á, conforme o caso, o disposto na seção III.1 deste entendimento:

a. Se o contrato contiver os requisitos elencados no item 22 da seção III.1, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente, conforme §1º, do art. 9º da RN nº 259/2011;

b. Se o contrato não contiver os requisitos elencados no item 22 da seção III.1, o reembolso será integral e realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação, inclusive as despesas de transporte, conforme §2º, do art. 9º da RN nº 259/2011.

III.3. Do reembolso de urgência e emergência:

31. Tal modalidade de reembolso, que ocorre quando não for possível a utilização da rede credenciada/referenciada, em casos de urgência e emergência, com exceção dos tratados no item III.4, é obrigatória em todos os planos privados de assistência à saúde e é disciplinada pela

legislação colacionada no item II.1 e II.3 (tema VIII, "F" do Anexo I da IN/DIPRO n° 23/2009, observadas as seguintes condições:

a. reembolso das coberturas previstas no contrato firmado entre a operadora e o beneficiário ou no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;

b. de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto (não seja inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano);

c. pagáveis no prazo máximo de trinta dias;

d. após a entrega da documentação adequada (de acordo com a relação dos documentos necessários para o reembolso, previstos em contrato);

e. quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano.

III.4. Do reembolso em planos anteriores à Lei nº 9.656/98:

32. Considerando que o artigo 35-E da Lei 9.656/98, que estabelece regras para os contratos celebrados anteriormente à sua data de vigência, teve sua eficácia suspensa a partir da publicação da decisão liminar do STF na ADIN 1931-8, em 03 de setembro de 2003, com base no princípio da irretroatividade da norma jurídica, passou a valer o que está disposto no contrato.

33. Nesses casos, o contrato é verdadeiramente lei entre as partes e o reembolso deverá ser realizado exclusivamente conforme as disposições contratuais.

IV. Casos práticos enfrentados pela fiscalização:

34. Considerando que os casos apresentam particularidades que interferem na tipificação da conduta e que uma das finalidades dessa nota é esclarecer dúvida razoável quanto à configuração de infrações e/ou quanto à aplicação das penalidades correspondentes, em matéria cuja atribuição seja da DIFIS, opta-se por trazer exemplos concretos de casos envolvendo o instituto do reembolso:

IV.1. Reembolso em Plano anterior à lei

"Exemplo:

Beneficiário entra em contato com a agência relatando que solicitou reembolso de R\$470,00 relativo a aplicação da vacina "zoster" para herpes e este foi negado. Diz que o contrato, firmado em 1996, prevê vacinas sem qualquer distinção. Verifica-se que se trata de plano anterior a lei não adaptado e que há previsão contratual para o reembolso de tal procedimento, concluindo que a operadora negou indevidamente o reembolso.

Configura-se infração ao art. 78, RN nº 124/06 – demanda de natureza assistencial."

35. Infrações envolvendo reembolso, nesses casos, por consequência, são tipificadas no art. 78 da

RN nº 124/06, pois resultam de descumprimento contratual, podendo ter natureza assistencial, como no caso em tela, ou não assistencial, na hipótese em que houver mera divergência de valores.

IV.2. Reembolso de procedimento, de cobertura não obrigatória, mas previsto em contrato

"Exemplo:

Beneficiário entra em contato com a agência reclamando que não recebeu reembolso. Relata que solicitou reembolso de R\$1.450,00 relativo a exame genético, mas operadora negou alegando que não consta na relação da ANS. Diz ainda que, em seu contrato, há a previsão geral de exames, inclusive genéticos, desde que mediante fundamentação do médico, o que foi exatamente o que aconteceu. Verifica-se que se trata de plano com previsão contratual de cobertura além do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Operadora negou indevidamente o reembolso.

Configura-se infração ao art. 78, RN nº 124/06 - demanda de natureza assistencial."

36. Nos casos em que a demanda trata de um reembolso devido em razão de um procedimento que não consta do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (atualmente estabelecido pela RN nº 387/2015), mas previsto em contrato, a conduta será tipificada no art. 78 da RN nº 124/06, pois resulta de descumprimento contratual, podendo ter natureza assistencial, como no caso em tela, ou não assistencial, na hipótese em que houver mera divergência de valores.

IV.3. Reembolso de procedimento, de cobertura obrigatória, em contratos que não preveem livre escolha

"Exemplo:

Beneficiário entra em contato com a agência reclamando falta de atendimento/prestadores. Relata que teve que fazer cirurgia urgente de apendicite em clínica particular. Diz que entrou, previamente, em contato com a operadora e esta não disponibilizou um prestador para realizar o atendimento no prazo da RN 259. Agora a operadora está negando o reembolso. Verifica-se que se trata de plano que não prevê livre escolha.

Configura-se infração ao art. 77, RN nº 124/06 - demanda de natureza assistencial"

37. Caso a operadora não disponibilize o prestador para realização do procedimento, bem como não realize o reembolso na forma prevista no artigo 9º da RN nº 259/2011, a infração caracterizada será a prevista no artigo. 77 da RN nº 124/06, por se tratar de negativa de cobertura, e a demanda deverá ser classificada como demanda assistencial.

38. Ressalte-se que neste tipo de contrato, caso o beneficiário opte por livre escolha de uma equipe médica, não haverá obrigação de reembolso por parte da operadora, inclusive em relação aos honorários do médico anestesista ou instrumentador, exceto nos casos em que ficar comprovada a solicitação destes profissionais pelo beneficiário à operadora e esta não os tenha disponibilizado.

IV.4. Reembolso de procedimento, de cobertura obrigatória, em contratos exclusivamente de livre escolha

39. Para os contratos que prevejam exclusivamente cobertura através de livre escolha do prestador pelo beneficiário sem a disponibilização de rede assistencial pela operadora, a correta tipificação e a

natureza da demanda variará de acordo com cada uma dessas situações:

a. Não reembolso ou ausência de resposta

"Exemplo:

Beneficiário entra em contato com a agência relatando que negaram o reembolso de uma tomografia solicitada pelo seu médico e realizada em prestador livremente escolhido. A seguradora diz que não foi apresentada a documentação exigida. Verifica-se que se trata de plano que prevê exclusivamente livre escolha e restou comprovado que a documentação exigida não constava no rol estabelecido no contrato. Operadora negou indevidamente o reembolso.

Configura-se infração ao art. 77, RN nº 124/06 - demanda de natureza assistencial"

40. Considerando que nos planos com acesso exclusivamente por livre escolha de prestadores a forma de acesso à cobertura ocorre por meio do reembolso, a operadora, ao não reembolsar o procedimento devido previsto no rol de procedimentos e eventos em saúde, nega a cobertura ao beneficiário, que culmina por arcar com seu custo integral. Nesse caso, sendo indevida a recusa em reembolsar, tem-se a infração enquadrada no artigo 77 da RN nº 124/2006 e a demanda deverá ser tratada como demanda assistencial.

b. Reembolso parcial por divergência de valores

"Exemplo:

Beneficiário entra em contato com a agência reclamado que recebeu reembolso a menor. Relata que gastou R\$1.000,00 e que foi reembolsado em apenas R\$345,00. A operadora informou que o valor corresponde à média praticada no mercado. Verifica-se que se trata de plano que prevê exclusivamente livre escolha e não há tabela de valores prevista em contrato.

Configura-se infração ao art. 78, RN 124/06 - demanda de natureza não assistencial"

41. Nesses casos, quando o reembolso foi efetuado, mas o usuário discorda do valor recebido ou da fórmula utilizada para seu cálculo (não está de acordo com a cobertura contratada), tem-se uma questão eminentemente contratual, e por consequência, a demanda verá ser classificada como demanda não assistencial e tipificada no artigo 78 da RN nº 124/2006.

c. Não reembolso de parte dos procedimentos

"Exemplo:

Beneficiário entra em contato com a agência reclamado que recebeu reembolso a menor. Relata que gastou R\$1.000,00 porque realizou uma cirurgia em clínica particular, pagando a cirurgia e o anestesista. A operadora reembolsou apenas o valor de R\$345,00 da cirurgia. Verifica-se que se trata de plano que prevê exclusivamente livre escolha. Verificou-se que a operadora não reembolsou o anestesista.

Configura-se infração ao art. 77, RN nº 124/06 - demanda de natureza assistencial"

42. Trata-se da situação em que há a solicitação de reembolso de diversos procedimentos necessários para a realização do procedimento principal e um, ou mais, não são reembolsados. A

rigor, não são casos de reembolso parcial e sim de um ou mais reembolsos realizados corretamente concomitantes a um ou mais reembolsos negados indevidamente.

43. Deste modo, caso a operadora deixe de reembolsar o valor relativo ao custeio de qualquer dos procedimentos requeridos, desde que efetivamente devidos, cuida-se de hipótese de demanda assistencial, prevista no art. 77 da RN nº 124/2006, uma vez que não se trata de mera discussão de valores.

IV.5. Reembolso de procedimento, de cobertura obrigatória, em contratos com oferecimento de rede prestadora e com opção de livre escolha

44. Nas situações em que o produto oferece uma rede credenciada/referenciada para a realização dos procedimentos e também a possibilidade de livre escolha de profissional ou estabelecimento de saúde, as demandas irão variar de acordo com a opção do beneficiário em utilização da rede da operadora ou da livre escolha do prestador:

a. Opção por utilizar diretamente a rede credenciada/referenciada

"Exemplo:

Beneficiário entra em contato com a Agência alegando que, embora possua um plano com opção de livre escolha, demandou a operadora para ser atendido por um ortopedista, na forma da RN 259 e que não houve o atendimento. Relatou ainda que arcou com os custos do procedimento em prestador não constante na rede e que não houve qualquer resposta até a presente data sobre sua solicitação de reembolso, protocolado há 60 dias. A operadora não contestou as alegações.

Configura-se infração ao art. 77, RN nº 124/06 - demanda de natureza assistencial"

45. Nos casos em que os elementos presentes na demanda demonstrarem que o beneficiário optou por utilizar a rede credenciada/referenciada, a demanda deverá ser tratada conforme o disposto na seção IV.3, ou seja, a infração será a prevista no artigo. 77 da RN nº 124/06, por se tratar de negativa de cobertura, e a demanda deverá ser classificada como demanda assistencial.

b. Opção por utilizar a livre escolha

"Exemplo:

Beneficiário entra em contato com a agência reclamado que recebeu reembolso a menor. Relata que teve que fazer um exame em prestador escolhido fora da rede da operadora. Tal procedimento custou R\$ 900,00, estando dentro do limite para reembolso deste procedimento, previsto no contrato que é de R\$ 1000,00. A operadora reembolsou apenas R\$500,00, dizendo existir fórmula no contrato que prevê o abatimento de 50% no valor em casos específicos. Verificou-se que não há norma clara e prevista de forma expressa autorizando a redução deste valor.

Configura-se infração ao art. 78, RN nº 124/06 - demanda de natureza não assistencial"

46. Nos casos em que os elementos presentes na demanda demonstrarem que o beneficiário optou diretamente pela livre escolha, escolhendo ser atendido por profissional fora da rede, as demandas deverão ser tratadas na forma da seção IV.4.

47. Logo, a natureza das demandas e a correta tipificação variará de acordo com cada uma das situações previstas: (i) não reembolso ou ausência de resposta - demanda assistencial, tipificada no art. 77 da RN nº 124/06; (ii) reembolso parcial por divergência de valores - demanda não assistencial, tipificada no art. 78 da RN nº 124/06 e (iii) não reembolso de parte dos procedimentos - demanda assistencial, tipificada no art. 77 da RN nº 124/06.

III - Conclusão

48. Ante o exposto, a natureza da demanda, bem como a correta tipificação devem ser analisadas conforme a situação concreta, aplicando-se, em suma, os seguintes entendimentos:

a. Reembolso em plano anterior à lei - Independente da natureza da demanda, a conduta será tipificada no art. 78 da RN nº 124/06 (seção IV.1).

b. Reembolso de procedimento, de cobertura não obrigatória, mas previsto em contrato - Independente da natureza da demanda, a conduta será tipificada no art. 78 da RN nº 124/06 (seção IV.2).

c. Reembolso de procedimento, de cobertura obrigatória, em contratos que não preveem livre escolha - Demanda assistencial, tipificada no art. 77 da RN nº 124/06 (seção IV.3).

d. Reembolso de procedimento, de cobertura obrigatória, em contratos exclusivamente de livre escolha - Variará conforme a situação:

i. Não reembolso ou ausência de resposta - demanda assistencial, tipificada no art. 77 da RN nº 124/06 (seção IV.4.a);

ii. Reembolso parcial por divergência de valores - demanda não assistencial, tipificada no art. 78 da RN nº 124/06 (seção IV.4.b);

iii. Não reembolso de parte de procedimentos - demanda assistencial, tipificada no art. 77 da RN nº 124/06 (seção IV.4.c).

e. Reembolso de procedimento, de cobertura obrigatória, em contratos com oferecimento de rede prestadora e com opção de livre escolha - Variará conforme a opção do beneficiário:

i. Opção por utilizar diretamente a rede credenciada/referenciada - demanda assistencial, tipificada no art. 77 da RN nº 124/06 (seção IV.5.a).

ii. Opção por utilizar a livre escolha - variará conforme a situação (seção IV.5.b):

- Não reembolso ou ausência de resposta - demanda assistencial, tipificada no art. 77 da RN nº 124/06;

- Reembolso parcial por divergência de valores - demanda não assistencial, tipificada no art. 78 da RN nº 124/06;

- Não reembolso de parte de procedimentos - demanda assistencial, tipificada no art. 77 da RN nº 124/06.

SIMONE SANCHES FREIRE
DIRETORA DE FISCALIZAÇÃO

¹ Art. 5º O procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar - NIP consiste em um instrumento que visa à solução de conflitos entre beneficiários e Operadoras de planos privados de assistência à saúde - operadoras, inclusive as administradoras de benefícios, constituindo-se em uma fase pré-processual.

Parágrafo único. A NIP é classificada em:

I - NIP assistencial: a notificação que terá como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial; e
II - NIP não assistencial: a notificação 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.

² Contrato comutativo é, pois, o oneroso e bilateral, em que cada contraente, além de receber do outro prestação relativamente equivalente à sua, pode verificar, de imediato, essa equivalência (Maria Helena Diniz, Tratado, cit., v.1, p. 101).

³ Situação permanente ou provisória, individual ou coletiva, que fragiliza, enfraquece o sujeito de direitos, desequilibrando a relação de consumo. Vulnerabilidade é uma característica, um estado do sujeito mais fraco, um sinal de necessidade de proteção (MARQUES, Cláudia Lima, Manual de direito do consumidor, p. 87).

⁴ Art. 4º Quando a lei for omissa, o juiz decidirá o caso de acordo com a analogia, os costumes e os princípios gerais de direito.

⁵ Nessas solicitações, se observa a presença de 6 (seis) grupos principais de informações nas solicitações encaminhadas às operadoras: (i) dados de beneficiário; (ii) dados do solicitante; (iii) dados da solicitação/procedimentos solicitados; (iv) dados do executante; (v) dados da execução/procedimentos executados e (vi) identificação do profissional executante.

⁶ Princípio da Obrigatoriedade da Convenção: As estipulações feitas no contrato deverão ser fielmente cumpridas (“pacto sunt servanda”). O contrato validamente estipulado é lei entre as partes, sendo intangível e imutável, a menos que as partes, em comum acordo, venham a distratá-lo ou haja escusa por motivo de força maior ou caso fortuito.