

**REEMBOLSO EM PLANOS COM E SEM LIVRE ESCOLHA DE PRESTADOR, COBERTURA PARA INSTRUMENTADOR, ANESTESISTA E AUXILIARES E CONDUÇÃO DAS DEMANDAS DE REEMBOLSO PELA DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO DA ANS**

**1) Reembolso em planos com opção de livre escolha de prestador**

As seguintes informações devem ser observadas quando da solicitação/pagamento de reembolso a beneficiário vinculado a plano com opção de livre escolha de prestador:

- i) Nos planos com opção de livre escolha de prestador mediante reembolso, a operadora de planos de saúde deverá reembolsar os valores efetivamente pagos pelo beneficiário que optar por profissional não integrante da rede prestadora, de acordo com o que estiver previsto em contrato. Nesse sentido, o contrato, regulamento ou outro documento que formalize a relação da operadora com beneficiários de plano de saúde deve conter dispositivos sobre o reembolso, nos moldes do que dispõe o Tema IX do anexo I da Instrução Normativa – IN ANS nº 28/2022, que substituiu a IN DIPRO nº 23/2009, quais sejam:

A) Indicar as coberturas que o beneficiário poderá utilizar no sistema de acesso à livre escolha de prestadores não participantes da rede assistencial, própria ou contratualizada.

B) Conter cláusula clara com todas as informações necessárias para que o próprio consumidor possa calcular o quanto receberá de reembolso. Desse 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, por meio 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) Dispor 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).

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 9.656/1998).

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) a operadora poderá exigir que o pedido de reembolso seja instruído com qualquer documento hábil e idôneo que comprove a efetiva ocorrência da despesa do procedimento executado pelo beneficiário, inclusive a data em que foi realizado, já que o reembolso pressupõe que haja o prévio desembolso pelo titular do direito;
- iii) o reembolso é um direito contratual e pessoal do beneficiário e, portanto, cabe somente a ele, ou ao seu representante legal, fazer a solicitação à operadora. Qualquer ato contrário poderá caracterizar ilegalidade diante da legislação vigente;
- iv) as informações dos beneficiários, como *login* e senha, são pessoais, sigilosas e intransferíveis. Assim, o chamado “reembolso assistido” não é considerado uma prática autorizada pela ANS;
- v) em caso de plano com opção de livre escolha de prestador e também atendimento em rede própria ou contratualizada, se o atendimento foi solicitado para realização em prestador integrante da rede da operadora, mas não foi garantido nos prazos máximos estabelecidos pela RN nº 566/2022, a operadora deverá reembolsar integralmente os custos assumidos pelo beneficiário, no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada, inclusive as despesas com transporte, quando devidas; e
- vi) não caberá instauração de junta, após a realização do procedimento, para discutir os valores a serem reembolsados;

## 2) Reembolso em planos sem opção de livre escolha de prestador

A operadora deve disponibilizar os serviços por meio dos prestadores integrantes da rede e se responsabilizar pelo pagamento do procedimento diretamente aos prestadores.

Caso o beneficiário não consiga marcar o procedimento dentro do prazo máximo previsto na Resolução Normativa ANS nº 566/2022, deverá entrar em contato com a operadora do seu plano de saúde para obter uma alternativa para o atendimento solicitado.

Na hipótese da operadora não garantir o atendimento e o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do serviço ou procedimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 dias, contados da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte, quando devidas.

Caso o beneficiário opte por realizar procedimentos de forma particular sem realizar contato prévio com a operadora para obtenção de uma alternativa para o atendimento, a operadora não é obrigada a reembolsá-lo.

## 3) Cobertura para instrumentador, anestesista e auxiliares em planos com e sem opção de livre escolha de prestador

É obrigatória a cobertura de instrumentador, anestesista e auxiliares, nos eventos em que seja indispensável a participação desses profissionais de saúde para o desempenho cirúrgico, dentro dos padrões de segurança para o paciente, o que se dará, **a critério do cirurgião responsável pela equipe**, em planos privados de assistência à saúde regulamentados à Lei nº 9.656/1998, nos moldes do que dispõe o artigo 8º da RN nº 465/2021:

Art. 8º Nos procedimentos e eventos previstos nesta Resolução Normativa e seus Anexos, **se houver indicação do profissional assistente**, na forma do artigo 6º, §1º, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde, **fica assegurada a cobertura para:**

I - procedimentos de anestesia e sedação;

II - **equipe necessária à realização do procedimento, incluindo os profissionais de instrumentação cirúrgica e anestesia, quando houver sua participação;** e (...)

(grifos nossos)

Assim, havendo indicação do profissional assistente, a operadora deve assegurar a cobertura de despesas com instrumentador, anestesista e auxiliares para realização de procedimentos previsto no Rol, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento e reembolso.

Nesse sentido, faz-se necessário especificar as formas em que essa cobertura pode ocorrer, em razão das características do plano ao qual o beneficiário está vinculado, ou seja, com ou sem opção de reembolso:

- **Se o plano não possui opção de reembolso (atendimento pela rede credenciada):**

- i) a operadora de planos de saúde deverá garantir, na rede credenciada especificada no contrato, todas as coberturas contratadas, inclusive honorários de anestesista, instrumentador e auxiliares, necessários à composição da equipe que executará o procedimento, conforme pedido médico;
- ii) se o atendimento não for garantido dentro dos prazos máximos estabelecidos pela RN nº 566/2022, a operadora deverá reembolsar integralmente os custos assumidos pelo beneficiário, no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada, inclusive as despesas com transporte, quando devidas; e
- iii) a operadora poderá instaurar junta médica/odontológica quando houver divergência técnico-assistencial em relação às indicações do profissional assistente, inclusive quanto ao porte anestésico, instrumentador ou a quantidade de auxiliares.

- **Se o plano possui opção de livre escolha de prestador mediante reembolso:**

Além das informações constantes do item 1 supracitado (reembolso em planos com opção de livre escolha de prestador), deve-se observar o seguinte:

- i) a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) é uma tabela de referência para o cálculo das despesas médicas. Todavia, se na tabela de reembolso prevista em contrato constar padrão de porte anestésico ou quantidade de auxiliares, por exemplo, inferior ao previsto na CBHPM, prevalecerá o padrão constante do contrato para o cálculo de reembolso; e
- ii) a tabela de reembolso prevista em contrato serve, em regra, como limitador de valor a ser reembolsado, ou seja, valor mínimo que será pago ao beneficiário pela operadora. Assim, não havendo definição de valor a ser reembolsado na tabela prevista em contrato, ou, ainda, se o valor definido for 0, prevalecerá a obrigatoriedade da operadora de arcar integralmente com os custos de eventos previstos no Rol e/ou honorários dos profissionais, sob pena de caracterização de não garantia de atendimento.

#### **4) Condução das demandas sobre reembolso pela Diretoria de Fiscalização da ANS**

No que se refere ao termo normativo “entrega da documentação adequada” (Tema IX do anexo I da Instrução Normativa – IN ANS nº 28/2022 c/c inciso VI, artigo 12, da Lei nº 9.656/1998) cabe registrar que as operadoras de plano de saúde, como regra, não podem exigir do beneficiário, a apresentação de documentos além daqueles previstos em contrato para efetivação do reembolso, ou seja, eventual solicitação de documentos deve se limitar ao que está previsto de maneira clara no instrumento contratual.

Qualquer excepcionalidade nesse sentido deve estar amparada por justo motivo, devidamente circunstanciada para o caso concreto, sem se referenciar a medidas genéricas, devendo o analista ou fiscal estar atento se a exigência de documentação adicional para comprovação do desembolso foi razoável. Nessa seara, deve ser salientado que exigências desarrazoadas podem ser consideradas mecanismo de regulação passíveis de punição com base no art. 91 da RN nº 489/2022.

A interpretação do texto normativo que remete à “documentação adequada”, traz o dever para a operadora de demonstrar que aquela demanda específica se trata de pedido de reembolso sem desembolso de valores pelo seu titular, acompanhada por medidas efetivamente tomadas, isoladas ou cumulativamente, conforme a situação específica, como por exemplo:

- a) demonstração por meio de informação coletada diretamente junto ao beneficiário, ocasião em que afirma não ter desembolsado o valor em questão ou não tem conhecimento da demanda instaurada na ANS;
- b) demonstração de tentativas infrutíferas de contato (no plural e por diferentes meios) com o beneficiário para questionamento/comprovação quanto ao efetivo pagamento. Esse eventual comportamento furtivo deve estar bem completo na resposta ou defesa da operadora, não sendo adequado constar, por exemplo, um e-mail enviado e que não foi respondido;
- c) demonstração que o valor do procedimento é manifestamente maior que a média do mercado;
- d) enumeração expressa de outras demandas (listar número de demanda NIP ou processo sancionador) de mesmo interlocutor/prestador com conduta que indique um “modus operandi”;
- e) instauração de processo judicial ou adoção de outras medidas perante órgãos competentes customizadas para aquela situação específica e não citadas de forma genérica para outras irregularidades desvendadas.

Em prosseguimento, se por um lado é premissa que o beneficiário de boa-fé e que realmente pagou pelo serviço não se negaria em apresentar o respectivo comprovante, também é

premissa que a nota fiscal ou recibo é um indicativo de pagamento, devendo ser demonstrado naquela hipótese que se tratava de presunção relativa, ou seja, podendo ser desfeita por prova em contrário.

Não se pode ainda perder de vista que é atribuição legal da ANS receber as demandas de reclamação que chegam ao seu conhecimento, incluí-las no fluxo e tratá-las na forma da RN nº 483/2022. Também na forma da legislação aplicável sobre apuração de indícios de infração pela operadora, quando a demanda vai para a posse de um analista é feita uma avaliação com base na resposta da operadora e em face do caso concreto. O mesmo vale para fases do processo administrativo sancionador em que é assegurado o contraditório e ampla defesa.

Por fim, reforça-se que a ANS não tem competência legal para apurar fraude ou qualquer conduta criminosa, devendo a operadora representar/denunciar para os órgãos competentes. Nesse sentido de não apuração de fraude ou qualquer conduta criminosa pela ANS, quando a operadora lograr êxito em demonstrar de forma robusta a irregularidade em reembolso em uma demanda NIP ou sancionador e que naquele caso, pelas circunstâncias apresentadas, não deveria ser penalizada, a ANS promoverá o desfecho da demanda, nos seguintes termos:

- a) em fase de NIP, a demanda será classificada como "dados insuficientes", com base no art. 14, inciso VI da RN nº 483/2022. A escolha dessa classificação permite que o beneficiário de boa-fé retorne contato, a qualquer tempo, pedindo reabertura da demanda;
- b) em fase de processo sancionador, a fundamentação será por questão probatória com finalização do processo por ausência de provas e, igualmente, não por inexistência de infração, propiciando também eventual desarquivamento se necessário.

Na hipótese da operadora não comprovar adequadamente a irregularidade, nos termos do presente entendimento, caberá a demanda seguir o seu regular fluxo, podendo gerar aplicação de penalidade na forma da RN nº 489/2022.