

PARECER TÉCNICO Nº 04/GEAS/GGRAS/DIPRO/2016

COBERTURA: ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (*HOME CARE*)

Nos termos do art. 4º, inciso III, da Lei nº 9.961, de 2000, compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 1998, e suas excepcionalidades.

Trata-se das coberturas mínimas obrigatórias a serem asseguradas pelos chamados “planos novos” (planos privados de assistência à saúde comercializados a partir de 2/1/1999), e pelos “planos antigos” adaptados (planos adquiridos antes de 2/1/1999, mas que foram ajustados aos regramentos legais, conforme o art. 35, da Lei nº 9.656, de 1998), respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas.

Visto isso, cumpre assinalar que a Lei nº 9.656, de 1998, não inclui a assistência à saúde no ambiente domiciliar (*Home Care*) entre as coberturas obrigatórias. Para uso domiciliar, a lei garante apenas o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector (art. 10-B). Além disso, a Lei deixa explícito que, nos casos de terapia medicamentosa, o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar não está contemplado dentre as coberturas obrigatórias (art. 10, inciso VI), exceção feita apenas para os medicamentos antineoplásicos orais e para o controle de efeitos colaterais e adversos dos medicamentos antineoplásicos (art. 12, inciso I, alínea “c”, e inciso II, alínea “g”).

Insta frisar que a RN nº 387, de 2015, normativo que atualmente disciplina o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde,

não prevê cobertura obrigatória para quaisquer procedimentos executados em domicílio. Nos termos do art. 2º da Resolução Normativa em questão, as operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde, cobertura maior do que a mínima obrigatória delineada pela RN e por seus anexos, inclusive medicação de uso oral domiciliar.

Destaca-se que, na saúde suplementar, a atenção ou assistência domiciliar (*Home Care*) pode ser oferecida pelas operadoras como alternativa à internação hospitalar. Releva enfatizar que somente o médico assistente do beneficiário poderá determinar se há ou não indicação de internação domiciliar em substituição à internação hospitalar. A operadora não pode suspender uma internação hospitalar pelo simples pedido de *Home Care*. Caso a operadora não concorde em oferecer o serviço de assistência domiciliar, deverá manter o beneficiário internado até sua alta hospitalar.

Ademais, quando a operadora, por sua livre iniciativa ou por exigência contratual, oferecer a internação domiciliar como alternativa à internação hospitalar, o serviço de *Home Care* deverá obedecer às exigências mínimas previstas na Lei 9.656, de 1998, para os planos de segmentação hospitalar, em especial o disposto nas alíneas “c”, “d”, “e” e “g”, do inciso II, do artigo 12, da referida Lei.

Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, tal assistência deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

Assim, as operadoras não estão obrigadas a oferecer qualquer tipo de atendimento domiciliar (*Home Care*) como parte da cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelos “planos novos” e pelos “planos antigos” adaptados.

Contudo, caso o oferecimento de Atenção Domiciliar conste em aditivo contratual acordado entre as partes, tal serviço deve ser obrigatoriamente oferecido de acordo com as regras descritas no referido aditivo contratual, devendo observar rigorosamente os comandos da Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 11, de 2006, que regulamenta a modalidade de atendimento em tela para todos os Serviços de Atenção Domiciliar – SAD que atuem em território nacional, sejam públicos ou privados, incluindo os SAD que prestam atendimento aos beneficiários de planos de saúde.

Por fim, vale anotar que, em relação aos contratos de “planos antigos” (celebrados antes de 02/01/1999), não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, e ainda vigentes, a cobertura assistencial deve ser aquela prevista nas cláusulas contratuais acordadas entre as partes.

Gerência de Assistência à Saúde – GEAS

Gerência-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS