

Por Paula Laboissière

Começam a vigorar hoje (15) as novas regras de atendimento prestado por operadoras de planos de saúde nas solicitações de procedimentos e serviços de cobertura assistencial. As medidas, definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por meio da [Resolução Normativa 395](#), foram anunciadas em janeiro deste ano. A multa em casos de descumprimento das normas varia de R\$ 30 mil a R\$ 250 mil.

Uma das principais mudanças é a implantação, por parte das operadoras, de uma unidade de atendimento presencial, em horário comercial, durante todos os dias úteis nas capitais ou regiões de maior atuação dos planos. Ficam isentas as operadoras de pequeno porte, as exclusivamente odontológicas, as filantrópicas e as autogestões.

As empresas de grande porte também terão que oferecer atendimento telefônico 24 horas nos sete dias da semana. As de médio e pequeno porte, as exclusivamente odontológicas e as filantrópicas deverão ter canal telefônico para atendimento em horário comercial durante dias úteis.

Além disso, as operadoras, quando demandadas, deverão prestar imediatamente informações e orientações sobre o procedimento ou serviço assistencial solicitado pelo beneficiário, esclarecendo se há cobertura prevista no rol da ANS ou no contrato.

A resolução exige ainda que, sempre que houver solicitação de procedimento ou serviço, independentemente do canal pelo qual seja feita, deverá ser fornecido número de protocolo no início do atendimento ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva cobertura assistencial. Nos casos em que não for possível fornecer resposta imediata à solicitação, as operadoras terão prazo de até cinco dias úteis para responder diretamente aos beneficiários. Se a resposta apresentada negar a realização de procedimentos ou serviços, devem ser informados detalhadamente o motivo e o dispositivo legal que o justifique.

Nas solicitações de procedimentos de alta complexidade ou de atendimento em regime de internação eletiva, o prazo para resposta das operadoras é de até dez dias úteis. Para procedimentos de urgência e emergência, a resposta deve ser imediata.

O consumidor também poderá pedir o envio das informações por escrito em até 24 horas e requerer a reanálise da solicitação, que será avaliada pela ouvidoria da empresa. “Se a empresa dificultar ou tentar impedir essa reanálise, será configurada infração por não observância às regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial”, informou a ANS.

## **Arquivamento**

O texto prevê ainda que as operadoras arquivem, por 90 dias, e disponibilizem, em meio impresso ou eletrônico, os dados do atendimento ao beneficiário. O beneficiário poderá requerer que as informações prestadas sejam encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 horas. Caso solicitem, também poderão ter acesso aos registros de seus atendimentos em até 72 horas a contar da realização do pedido.

“Em caso de descumprimento das regras previstas na resolução normativa, a operadora está sujeita a multa de R\$ 30 mil. Caso a infração venha a se configurar em negativa de cobertura, a operadora também estará sujeita a multa de R\$ 80 mil. O valor da multa para negativa de cobertura de urgência e emergência é de R\$ 250 mil”, informou a ANS.

## **Operadoras**

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), entidade representante de empresas de planos de saúde, informou, logo após o anúncio das novas regras, que suas associadas defendem o cumprimento integral da nova regulamentação e que ainda irá avaliar os impactos que elas trarão.

Em nota publicada em janeiro deste ano, a FenaSaúde afirmou que “o setor de saúde suplementar vem ampliando seus esforços para aumentar a qualidade na prestação de serviços”.

**Fonte:** [Agência Brasil](#), em 15.05.2016.