

Começaram a vigorar neste domingo (15/05) as novas regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para o atendimento prestado pelas operadoras aos beneficiários de planos de saúde nas solicitações de procedimentos e serviços de cobertura assistencial. As medidas estão na Resolução Normativa nº 395, que estabelecem prazos para a prestação de informações ao consumidor, disciplinando e qualificando o atendimento, e obrigam as operadoras a disponibilizar canais de contato presencial e telefônico. Os objetivos são aprimorar a relação com o beneficiário e ao mesmo tempo estimular as empresas a resolver demandas assistenciais com mais agilidade.

De acordo com a RN, a operadora deve prestar informações e orientações de forma ágil sobre procedimentos ou serviço assistencial quando forem solicitadas pelo beneficiário, esclarecendo se há cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou no contrato. Também estabelece a implantação de unidade para atendimento presencial funcionando em horário comercial durante os dias úteis nas capitais dos estados ou regiões de maior atuação dos planos, exceto para as operadoras de pequeno porte, as exclusivamente odontológicas, as filantrópicas e autogestões.

A partir de agora, as empresas de grande porte também devem oferecer atendimento telefônico ao consumidor durante 24 horas, sete dias por semana, e as de médio e pequeno porte, as exclusivamente odontológicas e filantrópicas devem ter canal telefônico para atendimento em horário comercial nos dias úteis. Para os casos de urgência e emergência, todas as operadoras devem dispor de atendimento telefônico 24 horas, todos os dias da semana.

A resolução ainda exige que sempre que houver a apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial pelo beneficiário, independente do canal pelo qual seja realizado ou qual seja sua finalidade, deverá ser fornecido número de protocolo no início do atendimento ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva cobertura assistencial.

"É obrigação das operadoras prestar um bom atendimento aos seus consumidores. E a intenção desta norma é justamente a de induzir a qualificação do atendimento aos consumidores", afirma a diretora de Fiscalização, Simone Freire.

Prazos de resposta - Nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento ou serviço de cobertura assistencial apresentada, as operadoras tem prazo de até cinco dias úteis para responder diretamente aos beneficiários. Caso a resposta apresentada negue a realização de procedimentos ou serviços solicitados, deve ser informado detalhadamente o motivo e o dispositivo legal que o justifique. Nas solicitações de procedimentos de alta complexidade (APAC) ou de atendimento em regime de internação eletiva, o prazo para resposta é de até dez dias úteis. Já para procedimentos de urgência e emergência, a resposta deve ser imediata.

Nos casos de solicitação de procedimentos ou serviços em que os prazos máximos para garantia de atendimento sejam inferiores a cinco dias, a resposta da operadora ao beneficiário deve se dar dentro do prazo previsto na RN nº 259, de 2011.

"Esta norma prevê que as operadoras prestem informações com clareza e rapidez aos seus consumidores, evitando, assim, que estes se desgastem ainda mais justo quando estão precisando tratar de sua saúde", afirma Simone Freire.

O consumidor também poderá pedir o envio dessas informações por escrito em até 24 horas e requerer reanálise da sua solicitação, que será avaliada pela Ouvidoria da empresa - outra novidade importante implementada pela nova norma. Com isso, ele tem a oportunidade de recorrer da negativa dentro da própria operadora. 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.

Acesso aos dados – A nova norma diz também que as operadoras devem arquivar, pelo prazo de 90 dias, em meio impresso ou eletrônico, os dados do atendimento ao beneficiário, identificando o registro numérico de atendimento, assegurando a guarda, manutenção da gravação e registro.

O beneficiário poderá requerer que as informações prestadas sejam encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 horas. Caso o beneficiário solicite, também poderão ter acesso aos registros de seus atendimentos, em até 72 horas a contar da realização do pedido.

Multa – 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.

A Resolução Normativa passou por consulta pública e recebeu mais de mil contribuições de toda a sociedade.

Confira [aqui](#) a íntegra da norma.

Resolução Normativa nº 395



Regras que as operadoras de planos de saúde devem observar nas solicitações de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação.

Garantias dos beneficiários:

- Atendimento adequado à demanda, assegurando acesso e utilização dos serviços
- Informação adequada, clara e precisa quanto aos serviços contratados
- Tratamento preferencial nos casos de urgência e emergência
- Respeito ao sigilo profissional e à privacidade do beneficiário
- Prestação imediata de informações e orientações sobre o procedimento e/ou serviço assistencial solicitado, esclarecendo se há cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e/ou no contrato
- No caso de atendimento presencial, é garantido tratamento não discriminatório nas condições de acesso, observando as prioridades de atendimento - pessoas com deficiência, idosos, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo

A RN entrará em vigor em 15/05/2016

PRINCIPAIS MEDIDAS

CANAIS DE ATENDIMENTO OBRIGATÓRIOS



1 - Atendimento presencial:

Todas as operadoras (*) devem disponibilizar unidade de atendimento presencial funcionando em horário comercial durante os dias úteis nas capitais dos estados ou regiões de maior atuação dos planos.

(*) A regra do atendimento presencial é válida desde que atendidos os seguintes critérios:

- I – a operadora possua concentração de beneficiários superior a 10% do total de sua carteira; e
- II – o número de beneficiários naquela área não seja inferior a 20.000.

A regra não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas, filantrópicas e autogestões.



2 - Atendimento telefônico:

Operadoras de grande porte devem oferecer atendimento telefônico 24 horas nos sete dias da semana. Operadoras de pequeno e médio porte, exclusivamente odontológicas e filantrópicas devem oferecer atendimento telefônico em horário comercial durante os dias úteis.

Os casos que envolvem garantia de acesso a coberturas de serviços e procedimentos de **urgência e emergência** terão que ter canal telefônico disponível para orientação por 24 horas, sete dias da semana.

FLUXOS E PRAZOS PARA ATENDIMENTO



1 - Protocolo:

As operadoras devem fornecer número de protocolo no início do atendimento ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva cobertura assistencial.



2 - Prazos de resposta para solicitação de autorização de procedimentos e serviços:

- **Urgência e emergência:** Resposta imediata
- **Outros casos em que não é possível resposta imediata:** Em até 5 dias úteis
- **Procedimentos de alta complexidade ou internação eletiva:** Em até 10 dias úteis

Obs.: Nos casos em que a solicitação de autorização não puder ser dada imediatamente e em que o prazo máximo para garantia de atendimento é inferior a 5 dias úteis, devem ser respeitados os prazos da RN nº 259/2011 (para resposta e fornecimento do procedimento).

Em qualquer hipótese, o atendimento às solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários às operadoras deve ser concluído **dentro dos prazos previstos na RN nº 259/2011**.

NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO



- Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, a operadora deve informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.
- Ele poderá, ainda, pedir reanálise da sua solicitação original, que será apreciada pela Ouvidoria da operadora.

DISPONIBILIZAÇÃO DOS DADOS SOBRE O ATENDIMENTO



- O beneficiário poderá requerer que as informações prestadas sejam encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 horas.
- Caso solicite, o beneficiário terá acesso ao registro de seu atendimento em até 72 horas da realização do pedido.
- Os dados do atendimento efetuado devem ser arquivados pelo prazo de 90 dias e disponibilizados ao beneficiário em meio impresso ou eletrônico, assegurando a guarda, manutenção da gravação e registro.

[Entenda melhor as medidas.](#)

Confira os [prazos](#) de atendimento estabelecidos pela ANS (RN nº 259/2011).

Fonte: [ANS](#), em 16.05.2016.