

***Norma da ANS trata das regras de atendimento aos beneficiários de seguros e planos de saúde***

As associadas à FenaSaúde estão prontas para o cumprimento das regras de atendimento aos beneficiários de seguros e planos de saúde, estabelecidas na Resolução Normativa 395 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). É importante observar que o setor de Saúde Suplementar já vem ampliando continuamente seus esforços para aumentar a qualidade na prestação de serviços. Algumas obrigatoriedades da RN 395, como a estrutura de atendimento presencial, já são praticadas pelas associadas à FenaSaúde.

Antes da publicação da norma, as afiliadas à FenaSaúde já ofereciam outros diversos canais de comunicação e relacionamento para seus beneficiários, como SACs e Ouvidorias, a última instância que deve oferecer resposta conclusiva. A norma enfatiza que o beneficiário tem o direito de reanálise de seu pedido por parte das Ouvidorias dos planos de saúde, o que permite melhorar ainda mais o atendimento ao consumidor, evitando que resoluções sobre discordâncias sejam solucionadas por meio de ação judicial – algo prejudicial a todos, inclusive beneficiários. As empresas estão empenhadas em prestar soluções administrativas para evitar litígios.

As empresas do setor sempre se empenham para cumprir as normas da ANS. Mas uma determinação como esta deveria prever mais prazo para sua operacionalização, devido à complexidade das adaptações necessárias, como treinamento, organização das estruturas física e tecnológica, testes e mudanças no sistema para que esses novos equipamentos gerem resultados efetivos no atendimento, entre outros aspectos.

No que tange aos canais mobile, algumas associadas à FenaSaúde já oferecem esse recurso e outras estão aperfeiçoando seus sistemas para disponibilizar, de forma online, mais informações aos beneficiários, como a rede credenciada **de prestadores de serviços. Essas ações permitem maior agilidade na resolução de pedidos em análise.**

**Algumas medidas da norma não são novidades**

Parte significativa das determinações da RN 395 já estava prevista no Decreto 6.523/08 e na Portaria 2.014/08, que definiam regras para o atendimento telefônico dos consumidores de serviços regulados pelo Poder Público, entre eles os planos de saúde – determinações essas já cumpridas pelas afiliadas, que disponibilizam estruturas de atendimento com equipes treinadas e capacitadas. Tais instrumentos determinam o tempo máximo de espera do consumidor para receber o atendimento telefônico e outros itens, como:

- Ligação gratuita: atendimentos por telefone (fixo e celular e público) devem ser gratuitos para pedidos de informação, cancelamento de contrato ou reclamação. As empresas que oferecem múltiplos serviços deverão ter um número telefônico único para atender o consumidor;
- Atendimento 24 horas: o SAC deverá ter disponibilidade 24 horas, sete dias por semana, sempre que o serviço esteja sendo ofertado ou possa ser contratado pelo consumidor pelo mesmo meio;
- Menu eletrônico: serão garantidas ao consumidor as opções de contato com o atendente, de reclamação e de cancelamento de contratos e serviços no primeiro menu.
- Prazo para respostas: as respostas às reclamações não podem ultrapassar o prazo de cinco dias úteis. Pedidos de informação devem ser respondidos de imediato.
- Acesso das pessoas com deficiência: atendimento garantido, em caráter preferencial, para pessoas com deficiência auditiva ou de fala, sendo facultado à empresa atribuir número telefônico para este fim.

**Fonte:** [CNseg](#), em 16.05.2016.