

Em decisão ocorrida na manhã da quarta-feira 7/2, o plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) reforçou a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ao manter a lei que foi criada pela Assembleia de Mato Grosso do Sul e obriga as operadoras de planos de saúde a fornecerem informações aos consumidores nos casos de negativa de cobertura. Esse tema já havia sido normatizado pela ANS em 2013 por meio da Resolução Normativa nº 319, posteriormente substituída pela Resolução Normativa nº 395/2016, que ampliou o escopo regulatório com o intuito de induzir o aprimoramento do atendimento prestado pelas operadoras de planos de saúde aos beneficiários nas solicitações de procedimentos e serviços de cobertura assistencial.

De acordo com a **RN nº 395**, as operadoras devem prestar imediatamente aos seus beneficiários as informações e orientações sobre o procedimento ou serviço assistencial solicitado, esclarecendo se há cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou no contrato. Nas hipóteses em que não seja possível fornecer resposta imediata, as operadoras têm, em geral, prazo de até cinco dias úteis para responder diretamente aos beneficiários. 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 e, nos casos de solicitação de procedimentos ou serviços em que os prazos máximos para garantia de atendimento sejam inferiores a cinco dias úteis, a resposta da operadora ao beneficiário deverá se dar dentro do prazo previsto na RN nº 259, de 2011. Já para procedimentos de urgência e emergência, a resposta deve ser imediata.

Caso a resposta apresentada negue a realização de procedimentos ou serviços solicitados, deve ser informado, no mesmo momento e detalhadamente, o motivo e o dispositivo legal que a justifique, devendo tais informações serem encaminhadas por escrito ao beneficiário em até 24h, se este solicitar.

Outro aspecto importante da norma é que o beneficiário, caso não concorde com os motivos apresentados pela operadora para negar a cobertura, pode requerer a reanálise da sua solicitação, que será avaliada pela ouvidoria da operadora. Com isso, ele tem a oportunidade de recorrer da negativa dentro da própria operadora. Se a empresa dificultar ou tentar impedir essa reanálise, configura-se infração por não observância às regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial.

A norma prevê ainda, dependendo do porte e da modalidade da operadora, a implantação de unidades de atendimento presencial, bem como central de atendimento telefônico disponível aos beneficiários durante 24 horas, sete dias por semana. Para assegurar o atendimento aos casos de urgência e emergência, todas as operadoras deverão disponibilizar atendimento telefônico 24 horas, todos os dias da semana.

Por fim, vale destacar que a **RN nº 395/2016** dispõe também sobre a obrigatoriedade do fornecimento de protocolo como primeira ação de atendimento, para que seja possível rastrear o tratamento dado às demandas pelas operadoras.

Para saber mais sobre a **RN nº 395**, [clique aqui](#).

Fonte: [ANS](#), em 08.02.2018.