



Novas regras para planos de saúde passam a valer neste domingo

15/05/2016

Operadoras de planos de saúde precisam seguir novas regras sobre atendimento ao cliente a partir deste domingo (15/5). Em janeiro deste ano, a Agência Nacional de Saúde Suplementar fixou normas para serviço por telefone e prazos de resposta aos consumidores.

Com a [Resolução Normativa 395](#), as empresas de grande porte devem oferecer atendimento telefônico 24 horas. Já as empresas de médio e pequeno porte, que normalmente são exclusivamente odontológicas ou filantrópicas, deverão promover o atendimento telefônico em horário comercial durante os dias úteis. Mesmo assim, essas companhias menores deverão oferecer aos clientes atendimento telefônico ininterrupto para os casos de urgência e emergência.

Procedimentos de urgência e emergência devem ter resposta imediata. Quando não houver possibilidade de resposta no momento da solicitação, as empresas terão até cinco dias úteis para esclarecer o pedido. Se a solicitação do cliente for negada, o motivo deve ser informado detalhadamente, inclusive com o dispositivo legal que justifique a atitude da operadora.

Para as solicitações de procedimentos de alta complexidade (APAC) ou de atendimento em regime de internação eletiva, a resposta deverá ser dada em até dez dias úteis. O consumidor pode pedir que as informações apresentadas pelas operadoras sejam enviadas por escrito em até 24 horas.

Registro

A resolução exige ainda que seja fornecido um número de protocolo no início do atendimento ou quando o atendente identificar o assunto que motivou o contato. Também será possível pedir nova análise da solicitação, que deverá ser avaliada pela ouvidoria da empresa. Se a empresa dificultar ou tentar impedir essa reanálise, o ato será considerado infração.

Durante 90 dias, as operadoras deverão arquivar e disponibilizar, em meio impresso ou eletrônico, os dados do atendimento ao cliente. As informações deverão conter o registro do atendimento, e a empresa deverá guardar a gravação telefônica.

As informações que vierem a ser solicitadas deverão ser encaminhadas por correspondência ou por e-mail em até 24 horas. Também poderão ser acessados os registros de atendimentos em até 72 horas a contar da realização do pedido.

Em caso de descumprimento, a operadora poderá ser multada em R\$ 30 mil. Em caso de negativa de cobertura, a operadora deverá pagar entre R\$ 80 mil e R\$ 100 mil de penalidade.

Questionamento no STF

As regras chegaram a ser questionadas no Supremo Tribunal Federal pela Confederação



Nacional de Saúde, Hospitais e Estabelecimentos e Serviços (ADI 5.504). O ministro Dias Toffoli, porém, já negou o pedido, por considerar que não cabe controle concentrado de constitucionalidade de norma de caráter secundário, como no caso, uma vez que o questionamento sobre sua validade depende da análise de norma infraconstitucional a que está vinculada. *Com informações das assessorias de imprensa da ANS e do STF.*

Veja o resumo das normas, elaborado pela ANS:

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).



** Texto atualizado às 15h10 do dia 15/5/2016 para acréscimo de informações.*

Fonte: <https://conjur.jumps.com.br/2016-mai-15/novas-regras-planos-saude-passam-valer-neste/>