

## **EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS PARA A PUBLICAÇÃO DA RESOLUÇÃO NORMATIVA QUE DISPÕE SOBRE A GARANTIA DE ATENDIMENTO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em seu artigo 1º, inciso I, define as características de um Plano Privado de Assistência à Saúde:

*“Art 1º ...*

*I – Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;”*

Destaca-se que algumas das características apontadas tratam, especificamente, da garantia de assistência à saúde dos beneficiários, em rede credenciada contratada ou referenciada da operadora, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador.

Todavia, observando-se notícias veiculadas na imprensa nacional e o teor de denúncias recebidas nesta Agência, tem-se notado que as operadoras de planos de saúde, ocasionalmente, falham na conformação de sua rede credenciada e, conseqüentemente, na prestação de atendimento de saúde garantido por Lei.

Neste íterim, verifica-se que, tendo em vista que a ANS não possui, até a presente data, um regulamento específico que trate de garantias de atendimento aos beneficiários dos planos de saúde, ocorrem casos de não oferecimento dos serviços ou procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos artigos 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656/98, ou a disponibilização dos recursos e serviços após um longo interstício de tempo.

Mesmo que esta Agência cumpra seu papel fiscalizador e aplique penalidades administrativas às operadoras que falhem em cumprir à sua obrigação normativa, o dano ao beneficiário muitas vezes não pode ser evitado por ausência de normativos específico que garanta o atendimento de saúde.

É neste cenário que a proposta de Resolução Normativa objeto da presente exposição de motivos se aplica, objetivando criar um conjunto de medidas que garantirá o atendimento aos beneficiários de planos de saúde.

Esta Agência, frise-se, tem como principal premissa a garantia de existência de prestadores para os serviços ou procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas na Lei nº 9.656 de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que sejam integrantes da área geográfica de abrangência do plano, estimulando, assim, a construção de redes credenciadas adequadas à operação do plano de saúde.

Adicionalmente, pretende-se limitar o prazo máximo que a operadora tem para oferecer o recurso ou serviço, garantindo, assim, que o beneficiário tenha acesso ao atendimento necessário em prestador de serviços habilitado para tanto, em um tempo pré-determinado, razoável e conhecido.

Em breve síntese, tais medidas permeiam quatro aspectos principais, os quais devem ocorrer de forma seqüencial, conforme exposto a seguir:

1º A obrigação legal de cumprimento contratual pela operadora ao oferecer ao beneficiário o atendimento na localidade onde o demandar, desde que este seja integrante da área de atuação do plano de saúde contratado, sem ônus adicional ao contratante e dentro de um período de tempo definido pela ANS;

2º O dever de a operadora, na ausência de prestador de serviços credenciado para determinado atendimento, autorizar que o beneficiário tenha acesso o recurso ou ao serviço em estabelecimento não cadastrado em seu plano de saúde, sem ônus adicional ao contratante e dentro de um período de tempo definido pela ANS;

3º O compromisso de a operadora, caso falhe em oferecer prestador contratado ou em oferecer estabelecimento não credenciado, nos termos do item 2º, oferecer transporte ao beneficiário até seu prestador de serviços credenciado para o atendimento, sem ônus adicional ao contratante e dentro de um período de tempo definido pela ANS;

4º A responsabilidade de a operadora de planos de saúde, nos limites legais estabelecidos pela Lei nº 9.656/98, reembolsar, integralmente, a despesa que o beneficiário comportou para

receber o atendimento contratado junto à operadora, mas que esta falhou em prover por meio das formas descritas nos itens 1º, 2º e 3º.

Todavia, é digno de nota que a Agência não pretende cercear a capacidade de atendimento em um prazo menor que o definido no artigo 3º da proposta de normativo, haja vista que, faculta à operadora a informar tempos para atendimento menores que os determinados. É importante observar que esta proposta de resolução normativa ainda pretende reforçar o fato de que qualquer falha no atendimento conforme definido em contrato assinado pelo beneficiário e em consonância com a legislação em vigor sujeita a operadora às penalidades administrativas cabíveis.

Assim, tem-se, finalmente, que a proposta principal do pretenso normativo é estimular as operadoras de planos de saúde a promover o credenciamento de prestadores de serviços nos municípios que fazem parte de sua área de cobertura. Ademais, pretende oferecer equilíbrio na relação de consumo estabelecida no instrumento jurídico do plano de saúde, ao garantir que o beneficiário terá acesso ao atendimento demandando, na forma do contratado.

Diante do exposto, a ANS coloca em Consulta Pública a proposta da Resolução Normativa em anexo, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, para que a sociedade civil envie suas contribuições, no período de 03/02/2011 a 04/03/2011.

## **RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº XX, DE XX DE XXXX DE 2011.**

*Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.*

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos arts. 4º, incisos II, XXIV, XXVIII e XXXVII, e 10, inciso II, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; pelo art. 9º, inciso III, do Anexo I ao Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000; e pelo art. 86, inciso II, alínea “a”, da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em XX de XX de XXXX adota a seguinte resolução normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

### **CAPÍTULO I**

#### **DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 1º Esta Resolução Normativa dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

### **CAPÍTULO II**

#### **DAS GARANTIAS DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO**

Art. 2º A operadora deverá garantir a existência de prestadores para os serviços ou procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que sejam integrantes da área de atuação do plano.

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no artigo 2º nos seguintes prazos máximos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, cardiologia e ortopedia e traumatologia: 7 (sete) dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: 14 (quatorze) dias úteis;

III – consulta de fonoaudiologia: 10 (dez) dias úteis;

IV – consulta de nutrição: 10 (dez) dias úteis;

V – consulta de psicologia: 10 (dez) dias úteis;

VI – sessão de terapia ocupacional: 10 (dez) dias úteis;

VII – sessão de fisioterapia: 10 (dez) dias úteis;

VIII – serviços de diagnóstico por laboratório clínico e radiografias: 3 (três) dias úteis;

IX – serviços de diagnóstico por imagem, exceto radiografias: 10 (dez) dias úteis;

X – procedimentos de alta complexidade (PAC): 21 (vinte e um) dias úteis;

XI – internações eletivas: 21 (vinte e um) dias úteis;

XII – urgência e emergência: imediato; e

XIII – consulta de odontologia: 7 (sete) dia úteis.

§ 1º Os prazos máximos para atendimento consistem no período compreendido entre a data da demanda do beneficiário pelo serviço ou procedimento e a data de sua efetiva realização.

§ 2º As radiografias e os procedimentos de alta complexidade de que tratam os incisos VIII e X são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

§ 3º Os procedimentos que se enquadram nos incisos VIII e IX e estão classificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade obedecem ao prazo definido no item X.

Art. 4º Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador credenciado, que ofereça o serviço ou procedimento no município pertencente à área geográfica de abrangência do plano, a operadora deverá garantir o atendimento em prestador não credenciado no mesmo município.

§ 1º O pagamento do serviço ou procedimento realizado pelo prestador não credenciado será efetuado diretamente pela operadora.

§ 2º O disposto no **caput** e no § 1º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia.

Art. 5º Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador credenciado ou não, que ofereça o serviço ou procedimento demandado no mesmo município pertencente à área geográfica de abrangência do plano, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

§ 1º O disposto no **caput** não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.

§ 2º O disposto no **caput** se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia.

Art. 6º Se o beneficiário for obrigado a pagar os custos do atendimento, na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º e 5º, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente pelo serviço ou procedimento prestado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso.

### CAPÍTULO III

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 7º A autorização para realização do serviço ou procedimento, quando necessária, deverá ocorrer de forma a viabilizar o cumprimento do disposto no art. 3º.

Art. 8º A operadora deverá informar no Planejamento Assistencial do Produto, de que trata art. 7º-A da Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, e suas alterações posteriores, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, os prazos máximos para atendimento, que não poderão ser superiores aos previstos no art. 3º.

Art. 9º O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 10. Ficam revogados os §§ 1º ao 5º do art. 7º da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO.

Art. 11. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN  
Diretor-Presidente