

Norma sobre garantia e tempos máximos de atendimento entra em vigor

Planos de saúde deverão cumprir, a partir desta segunda-feira, 19 de dezembro, os prazos definidos pela ANS

A partir desta segunda-feira (19/12/2011) as operadoras de planos de saúde deverão garantir aos consumidores a marcação de consultas, exames e cirurgias nos prazos máximos definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que vão de três a 21 dias, dependendo do procedimento. As regras estão dispostas na Resolução Normativa nº 259, publicada em junho de 2011.

A norma também tem por objetivo garantir que o beneficiário tenha acesso oportuno a tudo o que contratou, além de 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. A resolução determina que a operadora ofereça pelo menos um serviço ou profissional em cada área contratada, mas não garante que a alternativa seja a de escolha do beneficiário.

"A ANS não pode interferir na capacidade de atendimento dos prestadores e sim regular para que haja no mínimo uma alternativa disponível, ou seja, a operadora deverá garantir o atendimento no tempo previsto, mas não exatamente com o profissional de escolha do beneficiário", afirma Carla Soares, Diretora Adjunta de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS.

A resolução prevê a garantia de transporte do consumidor caso não haja oferta de rede credenciada em seu município e nos municípios limítrofes. Onde não existirem prestadores para credenciamento, a operadora poderá oferecer a rede assistencial nos municípios vizinhos que pertençam a sua região de saúde.

Nos casos de urgência e emergência a empresa deverá oferecer o atendimento invariavelmente no município onde foi demandado ou se responsabilizar pelo transporte do beneficiário até o credenciado mais próximo.

As empresas de planos de saúde que não obedecerem aos prazos definidos pela ANS sofrerão penalidades e, em casos de descumprimentos constantes, poderão passar por medidas administrativas, tais como a suspensão da comercialização de parte ou de todos os seus produtos e a decretação do regime especial de direção técnica, inclusive com a possibilidade de afastamento dos dirigentes da empresa.

Veja os tempos máximos previstos pela Resolução Normativa nº259:

Serviço	Prazo Máximo (dias úteis)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetria	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades médicas	14 (catorze)
Consulta/sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade - PAC	21 (vinte e um)
Atendimento em regime de hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	a critério do profissional responsável pelo atendimento

Perguntas e respostas

1) Quem terá direito a marcar consultas, exames e cirurgias nos prazos definidos pela Agência?

Todos dos consumidores de planos novos ou adaptados à Lei 9656/98.

2) A partir de quando o prazo máximo para atendimento passará a contar?

O prazo conta a partir da data de marcação da consulta ou procedimento. Caso o consumidor não consiga marcar a consulta ou procedimento, deverá acionar a operadora para obter um protocolo de reclamação, o prazo passará a contar a partir desta data.

3) Os prestadores serão penalizados caso não cumpram a norma?

Não. A Norma não é destinada aos prestadores de serviços de saúde. Quem deve garantir o atendimento são as operadoras de planos de saúde.

4) Em que momento o consumidor deve acionar a operadora?

Após entrar em contato com os prestadores credenciados e não conseguir marcar o procedimento dentro do prazo máximo previsto em lei, o consumidor deverá entrar em contato com sua operadora de saúde para obtenção de uma alternativa para o atendimento solicitado. Nos casos de não atendimento, o consumidor deverá solicitar o número de protocolo deste atendimento feito pela operadora como comprovante da solicitação feita.

5) Quando o consumidor deve acionar a ANS?

Se a operadora não oferecer solução para o caso, o beneficiário deverá, tendo em mãos o número do protocolo registrando o contato com a operadora de saúde, fazer a denúncia à ANS, através de um dos canais de relacionamento.

6) Como o consumidor poderá comprovar que entrou em contato com a operadora e não foi atendido?

Através do protocolo de atendimento, que deverá ser dado pela operadora.

7) A ANS vai obrigar os médicos a atenderem no período determinado pela norma?

A ANS não pode interferir na agenda dos prestadores de serviços. A norma prevê que a operadora de planos de saúde ofereça ao consumidor, nos prazos definidos, pelo menos um serviço ou profissional em cada área contratada.

8) Se não houver prestador credenciado em uma cidade, como o plano de saúde deve agir?

As empresas de planos de saúde serão obrigadas a garantir transporte caso não haja oferta de rede credenciada no município e municípios limítrofes. Onde não existir prestadores para serem credenciados, a operadora poderá oferecer rede assistencial nos municípios vizinhos que pertençam a sua região de saúde.

9) Como fica a situação dos consumidores nos casos de Urgência e Emergência?

Nestas situações, a operadora deverá oferecer o atendimento no município onde este foi demandado ou no município limítrofe, se não houver o serviço na localidade.

10) Se o beneficiário for atendido em médico não credenciado por falta de opção, poderá solicitar o reembolso?

Caso o reembolso não esteja previsto no contrato, a operadora que não oferecer alternativas para o atendimento deverá reembolsar os custos assumidos pelo consumidor em até 30 (trinta) dias.

11) Quem precisar ser transportado para outra cidade, terá direito a acompanhante?

O transporte está assegurado ao acompanhante de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, mediante declaração médica. Estende-se também aos casos em que seja obrigatória a cobertura de despesas do acompanhante, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

12) Como será feita a Fiscalização pela ANS?

Os consumidores que não conseguirem realizar os procedimentos nos prazos máximos definidos pela ANS, poderão fazer a denúncia através dos seguintes canais: Disque ANS (0800 701 9656), das 8h às 20h de segunda a sexta-feira, pelo endereço eletrônico www.ans.gov.br ou comparecendo a um dos 12 Núcleos da ANS, cujos endereços estão disponíveis na página da Agência na internet.

13) O que acontecerá com as operadoras que não cumprirem os prazos definidos na norma?

As empresas sofrerão penalidades e em casos de descumprimentos constantes, poderão passar por medidas administrativas, tais como a suspensão da comercialização de parte ou de todos os seus produtos, a decretação do regime especial de direção técnica, que é um acompanhamento feito por profissional designado pela ANS diretamente na operadora. Pode haver, até mesmo, o afastamento dos dirigentes da empresa.