



RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 259, DE 17 DE JUNHO DE 2011

Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa - IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os incisos II, XXIV, XXVIII e XXXVII do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em 15 de junho de 2011 adota a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 2º A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e 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 seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

CAPÍTULO II

DAS GARANTIAS DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

Seção I

Dos Prazos Máximos Para Atendimento ao beneficiário

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

- I - consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetria: em até 7 (sete) dias úteis;
- II - consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
- III - consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- IV - consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- V - consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- VI - consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
- VII - consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
- VIII - consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
- IX - serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
- X - demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- XI - procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- XII - atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
- XIII - atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
- XIV - urgência e emergência: imediato.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

§ 2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

§ 3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

§ 4º Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XI são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS na internet.

§ 5º Os procedimentos de que tratam os incisos IX, X e XII e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no item XI.

Seção II

Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Ausência ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto

Subseção I

Da Ausência ou Inexistência de Prestador Credenciado no Município

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

§ 1º O pagamento do serviço ou procedimento será realizado diretamente pela operadora ao prestador não credenciado, mediante acordo entre as partes.

§ 2º Na impossibilidade de acordo entre a operadora e o prestador não credenciado, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, independentemente de sua localização, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia.

Subseção II

Da Ausência ou Inexistência de Prestador no Município, Credenciado ou Não

Art. 5º Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador, credenciado ou não, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no mesmo município e nos municípios limítrofes a este, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados pelo art. 3º.

Parágrafo único. A operadora ficará desobrigada do transporte a que se refere o caput caso exista prestador credenciado no mesmo município ou nos municípios limítrofes.

Art. 6º Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador, credenciado ou não, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º.

Parágrafo único. O disposto no caput prescinde de autorização prévia.

Subseção III

Das Disposições Comuns Referentes à Ausência ou Inexistência de Prestador no Município

Art. 7º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º e 5º 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.

Art. 8º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º, 5º e 6º estende-se ao acompanhante nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, estas mediante declaração médica.

Parágrafo único. A garantia de transporte prevista no caput se aplica aos casos em que seja obrigatória a cobertura de despesas do acompanhante, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Art. 9º Se o beneficiário for obrigado a pagar os custos do atendimento, na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

Parágrafo único. Para os produtos que prevejam a disponibilidade de rede credenciada mais a opção por acesso a livre escolha de prestadores e não ocorrendo as hipóteses de que tratam os arts. 4º, 5º ou 6º, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente, caso o beneficiário opte por atendimento em estabelecimentos de saúde não participantes da rede assistencial.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10 A autorização para realização do serviço ou procedimento, quando necessária, deverá ocorrer de forma a viabilizar o cumprimento do disposto no art. 3º.

Art. 11. Respeitados os limites de cobertura contratada, aplicam-se as regras de garantia de atendimento dispostas nesta RN aos planos privados de assistência à saúde celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, salvo se neles houver previsão contratual que disponha de forma diversa.

Art. 12. O descumprimento do disposto nesta RN sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 13. O inciso III do art. 2º; e o parágrafo único do art. 7º-A, ambos da Instrução Normativa - IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, passam a vigorar com as seguintes redações:

"Art. 2º

I -

III - O Planejamento Assistencial do Produto, conforme artigo 7º-A e na forma do Anexo V da presente Instrução Normativa, exceto para os produtos que irão operar exclusivamente na modalidade de livre acesso a prestadores.

Parágrafo único." (NR)

"Art. 7º-A."

Parágrafo único. A operadora deverá informar o Ajuste de Rede, que consiste na proporção mínima de prestadores de serviços e/ou leitos a ser mantida em relação à quantidade de beneficiários do produto, visando ao cumprimento dos prazos para atendimento fixados em Resolução Normativa específica editada pela ANS." (NR)

Art. 14. O anexo V da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO, passa a vigorar nos termos do anexo desta resolução.

Art. 15. Ficam revogados os §§ 1º ao 5º do art. 7º; e os incisos I e II do parágrafo único do art. 7º-A, todos da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO.

Art. 16. Esta RN entra em vigor 90 (noventa) dias após a data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

ANEXO

"ANEXO V"

PLANEJAMENTO ASSISTENCIAL DO PRODUTO

Códigos	Procedimentos e Serviços	Parâmetro	
		Prazo para atendimento	Ajuste de rede
1.	consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetria)	em até 7 dias úteis	profissional(is) / 1000 benef.
2.	consulta nas demais especialidades médicas	em até 14 dias úteis	profissional(is) / 1000 benef.
3.	consulta/sessão com fonoaudiólogo	em até 10 dias úteis	profissional(is) / 1000 benef.
4.	consulta/sessão com nutricionista	em até 10 dias úteis	profissional(is) / 1000 benef.
5.	consulta/sessão com psicólogo	em até 10 dias úteis	profissional(is) / 1000 benef.
6.	consulta/sessão com terapeuta ocupacional	em até 10 dias úteis	profissional(is) / 1000 benef.
7.	consulta/sessão com fisioterapeuta	em até 10 dias úteis	profissional(is) / 1000 benef.
8.	consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	em até 7 dias úteis	profissional(is) / 1000 benef.
9.	serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	em até 3 dias úteis	serviço(s) / 1000 benef.
10.	demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	em até 10 dias úteis	serviço(s) / 1000 benef.
11.	procedimentos de alta complexidade (PAC)	em até 21 dias úteis	serviço(s) / 1000 benef.
12.	atendimento em regime de hospital-dia	em até 10 dias úteis	leito(s) / 1000 benef.
13.	atendimento em regime de internação eletiva	em até 21 dias úteis	leito(s) / 1000 benef.
14.	urgência e emergência	imediato	serviço(s) / 1000 benef.

Instruções:

Plano com cobertura assistencial ambulatorial: informação obrigatória dos itens 1 a 7; 9 a 11; e 14;

Plano com cobertura assistencial hospitalar: informação obrigatória dos itens 12 a 14;

Plano com cobertura assistencial odontológica: informação obrigatória dos itens 8 a 10; e 14;

Plano-Referência: informação obrigatória dos itens 1 a 7; e 9 a 14.

Procedimentos de Alta Complexidade (PAC): aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.