

**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 ínterim, 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 pretense 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**.