

Ofício nº 067/2019/GGRIN/GAB/PRESI

Brasília, 13 de março de 2019.

A Sua Excelência o Senhor
Vereador **Edson Rodrigues**
Presidente da Câmara Municipal de Itaquaquecetuba – SP
Rua Vereador José Barbosa de Araújo, nº 267 - Vila Virgínia
08573-040 Itaquaquecetuba — SP

Assunto: Ofício nº 08/2019/DSP

Senhor Presidente,

CORRESPONDÊNCIA
N.º <u>46</u> / <u>2019</u>
RECEBI EM <u>20</u> / <u>03</u> / <u>2019</u>

Em atenção ao Ofício nº 08/2019/DSP, que solicita análise e providências julgadas necessárias, sobre o Requerimento nº 7/2019, aprovado pela Câmara Municipal de Itaquaquecetuba, que solicita informações sobre a contratação da empresa especializada em saúde, Plena Saúde LTDA, para prestar serviços médicos assistenciais aos servidores públicos municipais, segue, em anexo o **Despacho nº 27/2019/GEARA/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO**, elaborado pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos Adjunta da ANS, quanto ao item 11, haja vista as competências legais desta Agência Reguladora.

Atenciosamente,



Ana Carolina Rios Barbosa
Gerente-Geral de Relações Institucionais



PROCESSO Nº: 33910.002536/2019-74

DESPACHO Nº: 27/2019/GEARA/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO

À CÂMARA MUNICIPAL DE ITAQUAQUECETUBA

ASSUNTO: RESPOSTA AO OFÍCIO Nº 08/2019/DSP

Prezados Senhores,

1. Trata-se de demanda da Câmara Municipal de Itaquaquecetuba do Estado de São Paulo relatando diversas insatisfações dos servidores públicos com o produto da operadora Plena Saúde Ltda, registro ANS 348830.
2. Quanto a competência regimental desta diretoria, estaríamos aptos a responder o item 11. No entanto, faz-se necessário informar o número do produto adquirido junto a operadora de planos de saúde, para que possamos informar a relação de prestadores hospitalares cadastrados.
3. De outra sorte, informamos que **as operadoras de planos privados de assistência à saúde são obrigadas a oferecer todos os procedimentos previstos 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, de 1998, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto, dentro dos prazos definidos pela ANS, não sendo permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial.**
4. Para tanto, a operadora deverá formar uma rede de prestadores compatível com a demanda, capaz de atender aos beneficiários nos prazos regulamentares ^[1], conforme as regras da RN nº 259, de 2011.
5. A estipulação de prazos máximos para atendimento veio acompanhada de uma clara preocupação da ANS com o incremento do tratamento a ser dispensado aos beneficiários pelas operadoras, em especial no que diz respeito à prestação oportuna e com qualidade da assistência à saúde, sendo imputada à operadora a responsabilidade por eventuais falhas na formação desta rede e não sendo permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial.
6. Lembramos que para fins de atendimento aos prazos em questão, é considerado o acesso a qualquer prestador, da rede assistencial ou não, e não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.
7. A operadora deverá garantir o atendimento no município onde o beneficiário o demandar, desde que este faça parte da área de atuação do plano. Caso não seja possível o atendimento neste município, deverão ser observadas as regras sobre garantia e prazos para atendimento nas hipóteses previstas na RN nº 259, de 2011, e suas alterações.

8. Caberá à operadora gerenciar essas informações e, na ausência de determinado prestador, ofertar o mesmo tipo de atendimento em outro prestador apto a procedê-lo.

9. Conforme RN nº 268, de 2011, na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º da RN nº 259, de 2011, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, 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.

10. Lembrando que a operadora deve comunicar seus beneficiários sobre qualquer alteração referente à sua rede credenciada, inclusive atualizando a informação no seu sítio eletrônico na internet.

11. Sendo esses os esclarecimentos pertinentes, sugere-se o encaminhamento da presente demanda à DIRAD/DIPRO com posterior sugestão de encaminhamento à DIRAD/DIDES para resposta aos outros quesitos e, finalmente, a GGATP/GAB-PRESI/PRESI/DICOL, para resposta ao interessado.

[1] "Seção I - Dos Prazos Máximos Para Atendimento ao beneficiário

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.

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 obstetrícia: 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."

12. Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **LIDIA DO CARMO SEQUEIRA DA MOTA, Coordenador(a) de Regulação da Estrutura das Redes Assistenciais**, em 28/02/2019, às 11:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Ribeiro Abib, Gerente de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais**, em 07/03/2019, às 22:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **RAFAEL PEDREIRA VINHAS, Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos**, em 08/03/2019, às 10:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **11496821** e o código CRC **839A355D**.