

De: Imprensa ANS

Enviado: quarta-feira, 8 de fevereiro de 2023 17:43

Para: [REDACTED]

Assunto: Re: [Ticket#2023020320000017] Rol Exemplificativo - Lei nº 14.454/2022

Prezado [REDACTED],

Seguem os esclarecimentos.

Inicialmente, é importante esclarecer que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora que tem como finalidade institucional, segundo a Lei nº 9.961/2000, promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Dessa forma, compete à ANS, **elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**, que constitui a cobertura a ser garantida pelos planos de saúde comercializados a partir de 2/1/1999, bem como para aqueles contratados anteriormente, desde que adaptados à Lei nº 9656/1998, respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas. O Rol vigente pode ser consultado na Resolução Normativa nº 465/2021.

Vale destacar também que, de acordo com o marco regulatório do setor, a Lei nº 9.656/1998, 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** para atendimento integral da cobertura prevista em seus artigos 10, 10-A e 12, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto. A oferta dos serviços de saúde deve respeitar os prazos máximos de atendimento previstos na Resolução Normativa nº 566/2022, observando o cumprimento dos prazos de carência e/ou cobertura parcial temporária, conforme o caso.

A Lei nº 14.454, em vigor desde setembro de 2022, alterou a Lei nº 9.656, mas não conferiu à ANS competência para regulamentar/regular os requisitos estabelecidos na nova redação do parágrafo 13 do Art.10: *“Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:*

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.” (NR)

No entanto, vale destacar que, considerando que o médico/odontólogo assistente é o responsável pela solicitação da tecnologia em saúde não prevista no Rol, caberá a ele comprovar o cumprimento dos requisitos acima mencionados.

Quanto aos procedimentos e eventos em saúde que fazem parte do Rol, é possível fazer a pesquisa no portal da ANS, no Espaço do Consumidor, subseção “O que seu plano deve cobrir”.

Qualquer dificuldade encontrada, deve ser questionada primeiro à operadora. Caso o problema não seja solucionado, orientamos que seja feito contato com a ANS por um de seus canais de atendimento: pelo Fale Conosco do site (www.gov.br/ans), pelo Disque ANS (0800 701 9656), pela Central de Atendimento a Deficientes Auditivos – 0800 021 2105 ou por atendimento presencial, mediante agendamento, nos 12 Núcleos da Agência, existentes em todas as regiões do país. [Veja aqui a lista de endereços e como fazer o agendamento.](#)

Com relação às demandas de consumidores, a ANS informa que atua fortemente na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). A NIP é uma ferramenta criada pela Agência para agilizar a solução de problemas relatados pelos consumidores e que conta com mais de 90% de resolutividade. Isso mostra que a maioria das reclamações apresentadas foram solucionadas no âmbito da mediação promovida pela ANS, ou seja, não chegaram à instauração de processos administrativos sancionadores. Por meio dela, a reclamação registrada nos canais de atendimento da Agência é automaticamente enviada à operadora responsável, que tem até cinco dias úteis para resolver o problema do beneficiário nos casos de não garantia da cobertura assistencial e até 10 dias úteis em casos de demandas não assistenciais. Se o problema não for resolvido pela NIP, a Agência poderá abrir procedimento administrativo, que pode resultar na aplicação de multa em face da operadora.