

# RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 365, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014

**(EM VIGOR A PARTIR DE 22/12/2014)**

*Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.*

[\[Correlações\]](#) [\[Detalhamentos\]](#)

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o inciso IV do art. 4º e os incisos II e IV do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, em reunião realizada em 10 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

## **CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN, dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:

I - prestador: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde; e

II - Região de Saúde: o espaço geográfico definido na Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, e suas alterações, combinada com a Instrução Normativa - IN DIPRO nº 37, de 25 de novembro de 2011.

## **CAPÍTULO II DA SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES NÃO HOSPITALARES**

### **Seção I Da Substituição**

Art. 3º É facultada a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência.

§ 1º A operadora poderá indicar estabelecimento para substituição já pertencente a sua rede de atendimento desde que comprovado, através de aditivo contratual, que houve aumento da capacidade de atendimento correspondente aos serviços que estão sendo excluídos.

§ 2º O disposto no caput se aplica às pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua condição como contratados, referenciados ou credenciados.

§ 3º A substituição deve observar a legislação da saúde suplementar, em especial, no que se refere ao cumprimento dos prazos de atendimento e à garantia das coberturas previstas nos contratos dos beneficiários.

§ 4º A operadora é responsável por toda a rede de prestadores oferecida aos seus beneficiários, independentemente da forma de contratação ser direta ou indireta.

Art. 4º Por ocasião da substituição de prestadores não hospitalares a operadora deverá observar as seguintes orientações:

I - disponibilidade de rede assistencial capaz de garantir a assistência à saúde e sua continuidade, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, considerando a cobertura assistencial contratada.

II - garantia da qualidade da assistência à saúde, considerando-se os seguintes atributos: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade e segurança do paciente;

III - utilização de informações demográficas e epidemiológicas relativas ao conjunto de beneficiários com quem mantém contrato para o estabelecimento de prioridades de gestão e organização da rede assistencial; e

IV - direito à informação, ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários, quanto à composição e localização geográfica de sua rede assistencial.

Art. 5º A substituição de que trata o artigo 3º não exime a operadora de atender aos demais critérios de manutenção e cadastramento de prestadores de serviços de atenção à saúde na rede assistencial da operadora, conforme disposto na RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e Instruções Normativas específicas da DIPRO.

## **Seção II Dos Critérios de Equivalência**

### **Subseção I Estabelecimentos de Saúde Não Hospitalares**

Art. 6º A operadora deve observar os seguintes critérios de equivalência quando da substituição de um estabelecimento não hospitalar, pessoa jurídica, exceto os profissionais previstos no art. 7º, por outro em sua rede assistencial do plano de saúde:

I - Mesmo Tipo de Estabelecimento, conforme registro do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;

II - Mesmos Serviços Especializados, conforme registro do prestador no CNES;

III - localização no mesmo município:

a) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município poderá ser

indicado prestador em município limítrofe a este;

b) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.

Parágrafo único. No caso de ausência ou incompatibilidade ou desatualização de cadastro no CNES do prestador a ser substituído e/ou do que irá substituir, a operadora deverá considerar os serviços contratados, utilizando como referência a descrição de Tipo de Estabelecimento e de Serviços Especializados adotada pelo CNES para verificação da equivalência dos prestadores.

## **Subseção II**

### **Profissionais de Saúde que Atuem em Consultório Isolado**

Art. 7º A operadora deve observar os seguintes critérios de equivalência quando da substituição de um profissional de saúde que atue em consultório isolado, conforme cadastro no CNES, pessoa física ou jurídica, por outro em sua rede assistencial do plano de saúde:

I - habilitação legal para exercer a mesma profissão;

II - localização no mesmo município:

a) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este;

b) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.

Parágrafo único. No caso de ausência ou incompatibilidade ou desatualização de cadastro no CNES do prestador a ser substituído e/ou do que irá substituir, a operadora deverá considerar os serviços contratados para verificação da equivalência dos prestadores.

## **Seção III**

### **Das Exceções**

Art. 8º É permitida a exclusão de prestador não hospitalar da rede assistencial do plano de saúde sem substituição nas seguintes situações:

I - rescisão de contrato coletivo que ocasione redução de 50% ou mais do total de beneficiários do plano de saúde no município onde o prestador a ser excluído está localizado;

II - ausência de prestação de serviço para o plano de saúde por no mínimo 12 meses consecutivos, desde que não haja suspensão formalizada acordada entre as partes;

III - quando a operadora comprovar que houve qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, respeitados os limites de cobertura e a existência de mecanismos de regulação financeira previstos no contrato do beneficiário.

Art. 9º As exceções previstas no artigo 8º não se aplicam às operadoras que:

I - tenham tido a comercialização de produtos suspensa em área de atuação que inclua o município onde o prestador a ser excluído está localizado, nos últimos dois ciclos de monitoramento da garantia de atendimento; ou

II - estejam em regime especial de direção técnica.

### **CAPÍTULO III DA COMUNICAÇÃO AOS BENEFICIÁRIOS**

Art. 10. O Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras devem manter atualizadas as informações das substituições havidas em sua rede assistencial não hospitalar para consulta pelos beneficiários, observando os critérios mínimos definidos em Instrução Normativa da DIDES.

§ 1º A informação de que trata o caput deve ser disponibilizada com antecedência mínima de 30 dias, contados da data da efetiva substituição, e deve permanecer acessível por 180 dias.

§ 2º Excepcionalmente, nos casos em que houver suspensão definitiva do atendimento por parte do Prestador, sem cumprimento do prazo para notificação ou não renovação contratual estabelecido entre as partes, ou rescisão contratual por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, a Operadora deverá:

I - comunicar aos beneficiários a exclusão do Prestador na data em que tomou conhecimento do fato; e

II - providenciar sua substituição e comunicá-la aos beneficiários no prazo de 60 dias, contados da data em que tomou conhecimento da suspensão do atendimento.

Art. 11. A operadora deve comunicar, ao contratante do plano, pessoa física ou jurídica, por qualquer meio que garanta a ciência do beneficiário, em especial por meio impresso, ao contratante do plano, pessoa física ou jurídica, que as substituições havidas na rede assistencial da operadora ficarão disponíveis no Portal Corporativo e na Central de Atendimento da Operadora e os respectivos endereço eletrônico e telefone.

§ 1º A comunicação do endereço eletrônico ou telefone específicos do local onde o beneficiário tem acesso às substituições deverá ocorrer por ocasião da assinatura do contrato com contratante do plano, pessoa física ou jurídica, e no mínimo a cada ano, ou sempre em que houver alteração dos respectivos endereço eletrônico e telefone.

§2º Caso a comunicação se dê por meio da disponibilização de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar, somente se por meio físico, conforme disposto na RN 360, de 3 de dezembro de 2014, não se aplica o disposto no parágrafo primeiro deste artigo.

§ 3º Caso ocorra alteração das informações constantes do padrão disposto no §2º deve-se alterar o envio.

Art. 12. A comunicação de que trata esta seção não exige a operadora de atender as demais disposições da RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011.

#### **CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS**

Art. 13. Fica concedido o prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de publicação de desta Resolução, para que as Operadoras promovam as atualizações em seus sistemas de informação necessárias ao adequado cumprimento das regras de comunicação aos beneficiários no Portal Corporativo das Operadoras.

§ 1º A primeira disponibilização das informações sobre substituição de Prestadores no Portal Corporativo, em conformidade com as regras de comunicação previstas na regulamentação, deve conter o histórico das alterações havidas desde a data da publicação desta Resolução.

§ 2º Durante o período de atualização dos sistemas previsto no caput, as Operadoras estão desobrigadas de observar as regras de comunicação das substituições, podendo utilizar qualquer forma de disponibilização dessa informação no Portal Corporativo.

#### **CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 14. O disposto nesta Resolução não se aplica a:

I - relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual está associado;

II - profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras;

III - administradoras de benefícios.

Art. 15. A substituição do Prestador não se aplica quando houver suspensão do atendimento em massa para o plano de saúde como método coercitivo.

Art. 16. Nas substituições da rede não hospitalar não incidirá Taxa por Alteração de Produtos - TAP.

Parágrafo único. A operadora permanece obrigada a cumprir a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, relativa à atualização das redes assistenciais das operadoras.

Art. 17. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 18. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 22 de dezembro de 2014.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

Este texto não substitui o texto normativo original nem o de suas alterações, caso haja , publicados no Diário Oficial.

---

**Correlações da RN nº 365:**

[Lei nº 5.764](#), de 1971

[Lei nº 9.656](#), de 1998

[Lei nº 9.961](#), de 2000

[RN nº 85](#), de 2004

[RN nº 259](#), de 2011

[RN nº 285](#), de 2011

[IN/DIPRO nº 37](#), de 2011

[Lei nº 13.003](#), de 2014

[\[VOLTAR\]](#)

---

**A RN nº 365 foi Detalhada pela:**

[IN/DIDES nº 56](#), de 2014

[\[VOLTAR\]](#)