

PROCESSO Nº: 33910.014327/2023-50

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS Nº: 1/2023/COESP/ASSNT-DIFIS/DIRAD-DIFIS/DIFIS

INTRODUÇÃO

Trata-se de proposta normativa para dispõe sobre as novas regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Administradoras de Benefícios nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação, bem como o tratamento de demandas de natureza não assistenciais.

DO CUMPRIMENTO DE TODOS OS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA ELABORAÇÃO DA EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O art. 7º da Resolução Administrativa – RA nº 49, de 2012, que regula o processo administrativo normativo no âmbito da ANS, indica os requisitos que a área técnica deve observar na confecção da exposição de motivos. Vejamos:

“Art. 7º A Exposição de Motivos deverá conter:

- I - justificativa e fundamentação da edição do ato normativo, de tal forma que possibilite a sua utilização como defesa em eventual arguição de ilegalidade ou inconstitucionalidade;
- II - explicitação da razão de o ato proposto ser o melhor instrumento normativo para disciplinar a matéria;
- III - apontamento das normas legais e infralegais relacionadas com a matéria do ato normativo;
- IV - apontamento das normas afetadas ou revogadas pela proposição;
- V - apresentação de quadro comparativo entre o texto atual e o texto proposto da minuta quando se tratar de alteração ou revogação de ato normativo existente;
- VI - indicação de que não há aumento de despesas nas hipóteses de transformação ou qualquer tipo de redistribuição de cargos comissionados e comissionados técnicos da ANS, conforme disposto no artigo 14 da Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000, a ser confirmada pelo órgão competente integrante da estrutura da ANS;
- VII - indicação da existência de prévia dotação orçamentária, quando a proposta demandar despesas;
- VIII - indicação da existência de impacto em sistemas de informação no âmbito da ANS;
- IX - indicação acerca da urgência para publicação, quando for o caso; e
- X - demais documentos que o órgão proponente julgar pertinentes para fundamentar a sua proposta, sejam esses em mídia ou não.”

I - JUSTIFICATIVA E FUNDAMENTAÇÃO DA EDIÇÃO DO ATO NORMATIVO, DE TAL FORMA QUE POSSIBILITE A SUA UTILIZAÇÃO COMO DEFESA EM EVENTUAL ARGÜIÇÃO DE ILEGALIDADE OU INCONSTITUCIONALIDADE;

Os incisos XXIV, XXVIII, XXXVII e XLI do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, foram usados na motivação da RN nº 395/17 e se mantêm como premissas definidoras das competências da Agência.

Ademais, as análises constante nos autos especialmente as Nota Técnica 4/2023/DIRAD-DIFIS/DIFIS (SEI nº 26624072), Investigação do Problema Regulatório (SEI nº26899769) e Nota Técnica 1/2023/COESP/ASSNT-DIFIS/DIRAD-DIFIS/DIFIS (SEI nº2700573), o Sumário Executivo (SEI nº 28073958) e a presente exposição de motivos (SEI nº 27955763) são os principais documentos para defesa da legalidade, sem prejuízo de outros futuramente produzidos ao longo do processo normativo.

II - EXPLICITAÇÃO DA RAZÃO DE O ATO PROPOSTO SER O MELHOR INSTRUMENTO NORMATIVO PARA DISCIPLINAR A MATÉRIA;

Todas as justificativas da proposta encontram-se bem desenvolvidas na Nota Técnica nº 1/2023/COESP/ASSNT-DIFIS/DIRAD-DIFIS/DIFIS (SEI 27700573), na qual foi realizada uma comparação das alternativas consideradas para a resolução do problema regulatório identificado, acompanhada de análise fundamentada com a metodologia específica escolhida, considerando ser a mais adequada ao enfrentamento do problema regulatório e ao alcance dos objetivos pretendidos.

Quanto à forma, a espécie normativa é a Resolução Normativa, conforme art. 42, inciso IV, da Resolução Regimental 21/2022. Cabe ainda lembrar que a proposta visa alterar ato normativo da mesma hierarquia: a Resolução Normativa 395/2016.

III - APONTAMENTO DAS NORMAS LEGAIS E INFRALEGAIS RELACIONADAS COM A MATÉRIA DO ATO NORMATIVO;

Cita-se a Resolução Normativa 395/2016 da ANS, norma que se pretende revogar e o Decreto nº 11.034, de 5 de abril de 2022.

IV - APONTAMENTO DAS NORMAS AFETADAS OU REVOGADAS PELA PROPOSIÇÃO;

Como sinalizado no item anterior, a Resolução Normativa 395/2016 será a norma afetada, com reflexos parciais na Resolução Normativa 483/2022 e Resolução Normativa 489/2022.

V - APRESENTAÇÃO DE QUADRO COMPARATIVO ENTRE O TEXTO ATUAL E O TEXTO PROPOSTO DA MINUTA QUANDO SE TRATAR DE ALTERAÇÃO OU REVOGAÇÃO DE ATO NORMATIVO EXISTENTE;

RN 395/16	PROPOSTA NORMATIVA	JUSTIFICATIVAS
<p>Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN define regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação. Parágrafo único. Para fins desta RN, considera-se atendimento a interação entre o beneficiário e a operadora, independentemente do originador da interação, efetivada por qualquer dos canais previstos no art. 5º.</p>	<p>Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN define regras de atendimento a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, bem como não assistenciais, em qualquer modalidade de contratação.</p> <p>§ 1º Aplica -se a presente norma às Administradoras de benefícios de acordo com o exercício de suas atribuições legais e regulamentares.</p> <p>§ 2º Para fins desta RN, considera-se:</p> <p>I - atendimento: a interação entre o beneficiário e a operadora, independentemente do originador da interação, efetivada por qualquer dos canais previstos no art. 5º;</p> <p>II - solicitações não assistenciais: outras demandas apresentadas pelos beneficiários, que não se refere à solicitação de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial.</p>	<p>Almeja-se ampliar o escopo do regramento normativo para alcançar as demandas não assistenciais, e por consequência a modalidade Administradora de benefícios.</p> <p>A incorporação de demanda de natureza não assistencial à nova norma possui impacto neutro, à medida em que centrais de atendimento já foram concebidas para receber qualquer tipo de solicitação.</p> <p>Os meios de atendimento ao beneficiário de plano de saúde já estão consolidado pelo setor, inclusive pelas administradoras de benefícios, haja vista o disposto na RN n. 551, de 2022, que dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão. Como se observa, a Administradoras de Benefícios, embora não destinatárias da RN 395/16, são destinatária da RN n. 551, de 2022. Portanto, já se adequaram aos meios de atendimento previstos na RN 395/16, uma vez que o art. 4º § 2º c/c com o art.16, inciso I da norma mais recente faz remissão expressa aos canais de atendimento da RN n. 395/16.</p>
<p>Art. 2º São garantidos ao beneficiário, sem prejuízo das normas gerais aplicáveis aos serviços de atendimento ao consumidor:</p>	<p>Art. 2º São garantidos ao beneficiário, sem prejuízo das normas gerais aplicáveis aos serviços de atendimento ao consumidor:</p>	<p>Sem alterações</p>
<p>I - atendimento adequado à sua demanda, assegurando-lhe o acesso</p>	<p>I - atendimento adequado à sua demanda,</p>	

e a fruição dos serviços conforme o disposto nas normas legais e infralegais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar, bem como nas condições contratadas;	assegurando-lhe o acesso e a fruição dos serviços conforme o disposto nas normas legais e infralegais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar, bem como nas condições contratadas;	Sem alterações
II - tratamento preferencial aos casos de urgência e emergência;	II - tratamento preferencial aos casos de urgência e emergência;	Sem alterações
III - respeito ao regramento referente ao sigilo profissional e à privacidade; e	III - respeito ao regramento referente ao sigilo profissional e à privacidade; e	Sem alterações
IV - informação adequada, clara e precisa quanto aos serviços contratados, especialmente quanto às condições para sua fruição e aplicação de mecanismos de regulação.	IV - informação adequada, clara e precisa quanto aos serviços contratados, especialmente quanto às condições para sua fruição e aplicação de mecanismos de regulação.	Sem alterações
<p>Parágrafo único. No caso de atendimento presencial, é garantido ao beneficiário, ainda, tratamento não discriminatório nas condições de acesso, devendo-se observar as prioridades de atendimento definidas em lei, quais sejam, pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo.</p>	<p>quais sejam, pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo.</p> <p>§ 1º No caso de atendimento presencial, é garantido ao beneficiário, ainda, tratamento não discriminatório nas condições de acesso, devendo-se observar as prioridades de atendimento definidas em lei;</p> <p>§ 2º A garantia do atendimento adequado alcança a acessibilidade, na forma a ser delimitada pelo órgão competente.</p>	<p>Considerando que esse tratamento diferenciado a públicos específicos é disposto em leis esparsas que podem ocorrer durante a vigência da RN, opta-se por não positivar uma listagem exauriente.</p> <p>Em relação ao segundo parágrafo, o ajuste proposto vai ao encontro do disposto no art. 6º do Decreto 11.034/2022.</p> <p>"Art. 6º É obrigatória a acessibilidade em canais do SAC mantidos pelos fornecedores de que trata este Decreto, para uso da pessoa com deficiência, garantido o acesso pleno para atendimento de suas demandas.</p> <p>Parágrafo único. Ato da Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça e Segurança Pública disporá sobre a acessibilidade de canais de SAC, consideradas as especificidades das deficiências."</p>
Art. 3º São diretrizes que devem orientar o atendimento das operadoras aos beneficiários:	Art. 3º São diretrizes que devem orientar o atendimento das operadoras aos beneficiários:	Sem alterações
I - transparência, clareza e segurança das informações;	I - transparência, clareza e segurança das informações;	Sem alterações
II - rastreabilidade das demandas;	II - rastreabilidade das demandas;	Sem alterações
III - presteza e cortesia;	III - presteza e cortesia;	Sem alterações
IV - racionalização e melhoria contínua.	IV - racionalização e melhoria contínua.	Sem alterações
		<p>A positivação da "tempestividade e "resolutividade da demanda" foi uma inspiração do Decreto 11.034/2022, conforme art. 8º:</p> <p>"Art. 8º No tratamento das demandas, o SAC garantirá a:</p> <p>I - tempestividade;</p> <p>II - segurança;</p> <p>III - privacidade; e</p> <p>IV - resolutividade da demanda."</p> <p>A princípio, não há insumos</p>

V - tempestividade; e
VI - resolutividade da demanda.
Parágrafo único . As operadoras deverão instituir metodologia própria para medir a resolutividade de demandas em suas respectivas centrais de atendimento com acompanhamento da unidade da Ouvidoria da Operadora

para uma definição metodológica em normativo de indicadores de resolutividade. É um tema ainda incipiente no setor, não por acaso a resposta ao questionário elaborado em fase de AIR em que traz evidências que aproximadamente 50% não medem a resolutividade dos SACs/Centrais de Atendimento por meio de metodologia específica. No que se refere às operadoras que responderam medir a resolutividade, as respostas foram difusas, não sendo possível identificar no atual momento regulatório uma fórmula que pudesse ser adotada como padrão, por exemplo.

Ademais, entende-se que a Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça e Segurança Pública está na liderança desse projeto, conforme a norma programática do art. 15 do mesmo Decreto:

"Art. 15. À Secretaria Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça e Segurança Pública competirá desenvolver a metodologia e implementar a ferramenta de acompanhamento da efetividade dos SAC, ouvidos os órgãos e as entidades reguladoras, os integrantes do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor e os representantes de prestadores de serviços de relacionamento com consumidores.

§ 1º No desenvolvimento da metodologia e na implementação da ferramenta de que trata o caput, serão considerados, no mínimo, os seguintes parâmetros:

I - quantidade de reclamações referentes ao SAC, ponderada por quantidade de clientes ou de unidades de produção;

II - taxa de resolução das demandas, sob a ótica do consumidor;

III - índice de reclamações junto aos órgãos de defesa do consumidor, principalmente no Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor e no sítio eletrônico do consumidor.gov.br, ou nas plataformas que venham a substituí-los;

IV - índice de reclamações no órgão ou na entidade reguladora setorial; e

V - grau de satisfação do consumidor."

Por outro lado, a criação da obrigação sem detalhamento nesse momento vai ao encontro do novo princípio.

Ainda como medida adicional de entendimento sistêmico das normas editadas pela ANS, reforça-se, sob esse aspecto, o papel das Ouvidorias internas da Operadoras e Administradoras de forma que deverão acompanhar a performance dos SACs/centrais de atendimento. Podem melhorar aproveitar sua expertise na vocação de resolutividade de conflitos no atendimento aos consumidores, bem como de propor melhorias e recomendações no aperfeiçoamento dos processos de trabalho

		<p>da operadora, nos termos do art. 4º. inciso IV, alínea "c" da Resolução Normativa 323/2013.</p> <p>No curso da elaboração da presente foram feitas reuniões com a Ouvidoria da ANS, que lidera o REA-Ouvidorias, com avaliação pela viabilidade e pertinência.</p>
<p>Art. 4º Ressalvada a hipótese prevista no art. 9º, quando demandadas, as operadoras deverão prestar aos seus beneficiários, de forma imediata, as devidas informações e orientações sobre o procedimento e/ou serviço assistencial solicitado, esclarecendo ainda se há cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e/ou no correspondente instrumento contratual firmado para prestação do serviço de assistência à saúde suplementar.</p>	<p>Art.4º Ressalvada a hipótese prevista nos arts. 9º e 10, quando demandadas, as operadoras deverão prestar aos seus beneficiários, de forma imediata, as devidas informações e orientações sobre o procedimento e/ou serviço assistencial ou não assistencial solicitado, prestando os esclarecimentos necessários conforme legislação ou regulamentação do setor de saúde suplementar e/ou com base no correspondente instrumento contratual firmado.</p>	<p>Compatibilização com o novo escopo da norma para alcançar demandas de caráter não assistenciais.</p>
<p>Art. 5º Para prestarem o atendimento previsto no art. 4º, as operadoras deverão disponibilizar e divulgar, de forma clara e ostensiva, os seguintes canais:</p>	<p>Art. 5º Para prestarem o atendimento previsto no art. 4º, as operadoras deverão disponibilizar e divulgar, de forma clara e ostensiva, os seguintes canais:</p>	<p>Sem alterações</p>
<p>I - atendimento presencial, indicando os endereços disponíveis para atendimento ao beneficiário; e</p>	<p>I - atendimento presencial, indicando os endereços disponíveis para atendimento ao beneficiário; e</p>	<p>Sem alterações</p>
<p>II - atendimento telefônico, contendo número da respectiva central de atendimento.</p>	<p>II - atendimento telefônico, contendo número da respectiva central de atendimento;</p>	<p>Sem alterações</p>
<p>Parágrafo único. A disponibilização de meio de atendimento via Internet é facultativa para fins de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial.</p>	<p>III- atendimento virtual.</p>	<p>Atualmente, a norma consta como meio de atendimento facultativo o atendimento virtual. Entretanto, considerando o processo de avanço tecnológico consolidado, acelerado pela pandemia, é possível avançar para uma obrigatoriedade da disponibilização. A resposta ao questionário formulado para os entes regulados corroboram o baixo impacto sob esse aspecto.</p>
<p>Art. 6º As operadoras deverão disponibilizar unidade de atendimento presencial, de que trata o inciso I do art. 5º, no mínimo nas capitais dos Estados ou regiões de maior atuação dos seus produtos, ao menos no horário comercial dos dias úteis, desde que atendidos os seguintes critérios:</p> <p>I - possua concentração de beneficiários superior a 10% (dez por cento) do total de sua carteira; e</p> <p>II - o número de beneficiários naquela área não seja inferior ao limite de 20.000 (vinte mil).</p> <p>Parágrafo único. O disposto no caput não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas, as filantrópicas e as autogestões.</p>	<p>Art. 6º As operadoras deverão disponibilizar unidade de atendimento presencial, de que trata o inciso I do art. 5º, no mínimo nas capitais dos Estados ou regiões de maior atuação dos seus produtos, ao menos no horário comercial dos dias úteis, desde que atendidos os seguintes critérios:</p> <p>I - possua concentração de beneficiários superior a 10% (dez por cento) do total de sua carteira; e</p> <p>II - o número de beneficiários naquela área não seja inferior ao limite de 20.000 (vinte mil).</p> <p>Parágrafo único. O atendimento disposto no caput é facultativo às operadoras exclusivamente odontológicas, as filantrópicas e as autogestões.</p>	<p>Alteração para aprimoramento de redação para esclarecer que essas obrigações são facultadas às operadoras listadas.</p> <p>Cabe ainda reforçar que na análise de impacto se avaliou pela adequação da manutenção dos entes regulados sujeitos ao dispositivo, com a consequente manutenção das exceções.</p>
<p>Art. 7º O atendimento</p>		

<p>telefônico de que trata o inciso II do art. 5º deve ser assegurado:</p> <p>I - durante 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana, nas operadoras de grande porte;</p> <p>II - nos dias úteis e em horário comercial, nas operadoras de pequeno e médio porte, nas exclusivamente odontológicas e nas filantrópicas, exceto para os casos envolvendo garantia de acesso a coberturas de serviços e procedimentos de urgência e emergência, nos quais deverá haver oferta de canal telefônico para orientação por 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana.</p> <p>Parágrafo único. O horário comercial respeitará as peculiaridades de cada região, aplicando-se, para tanto, as regras do local onde funcionar o atendimento.</p>	<p>Art. 7º O atendimento telefônico de que trata o inciso II do art. 5º deve ser assegurado:</p> <p>I - durante 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana, nas operadoras de grande porte;</p> <p>II - nos dias úteis e em horário comercial, nas operadoras de pequeno e médio porte, nas exclusivamente odontológicas e nas filantrópicas, exceto para os casos envolvendo garantia de acesso a coberturas de serviços e procedimentos de urgência e emergência, nos quais deverá haver oferta de canal telefônico para orientação por 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana.</p> <p>Parágrafo único. O horário comercial respeitará as peculiaridades de cada região, aplicando-se, para tanto, as regras do local onde funcionar o atendimento.</p>	<p>Sem alterações</p> <p>Tal como no art. 6º, na análise de impacto se avaliou pela adequação da manutenção do dispositivo.</p>
	<p>Art. 8º O atendimento telefônico deverá observar:</p> <p>I - no primeiro menu ter obrigatoriamente as opções de reclamação e de cancelamento/ exclusão de plano de saúde a pedido e contato direto com o atendente;</p> <p>II - a transferência ao setor competente para atendimento definitivo da demanda, quando o primeiro atendente não tiver essa atribuição; e</p> <p>III - a garantia de opção com atendimento humano por todo o período de que trata o art. 7º.</p> <p>§ 1º Caso haja indício de abusos quanto ao tempo médio de contato direto com o atendente, em especial nas demandas assistenciais, poderão se objeto de ações específicas de fiscalização.</p> <p>§ 2º As definições de cancelamento/exclusão de plano de saúde a pedido devem observar o disposto na Resolução Normativa nº 561/2022.</p>	<p>Alteração inspirada no Decreto 11.034/22. O art. 5º indica que as Agências devem dispor sobre regras de atendimento telefônico minimamente sobre certas regras conforme abaixo:</p> <p>"Art. 5º Os órgãos ou as entidades reguladoras competentes observarão as seguintes condições mínimas para o atendimento telefônico do consumidor:</p> <p>I - horário de atendimento não inferior a oito horas diárias, com disponibilização de atendimento por humano;</p> <p>II - opções mínimas constantes do primeiro menu, incluídas, obrigatoriamente, as opções de reclamação e de cancelamento de contratos e serviços; e</p> <p>III - tempo máximo de espera para:</p> <p>a) o contato direto com o atendente, quando essa opção for selecionada; e</p> <p>b) a transferência ao setor competente para atendimento definitivo da demanda, quando o primeiro atendente não tiver essa atribuição.</p> <p>Parágrafo único. Os órgãos ou as entidades reguladoras competentes poderão estabelecer, para o setor regulado, horário de atendimento telefônico por humano superior ao previsto no inciso I do caput."</p> <p>Cabe justificativa adicional para o disposto no art. 8º, inciso III. É importante que a opção de contato com atendente humano esteja disponível durante todo o período em que os entes regulados são obrigados a prestar o atendimento telefônico. Tal característica necessária para o setor de saúde suplementar é observada, inclusive, nos canais de atendimento ao beneficiário oferecidos pela ANS. O DISQUE ANS, com atendente humano, foi responsável, 2022,</p>

		<p>por aproximadamente 80% dos registros de reclamação e de pedido de informação, respectivamente. Por fim, a remissão ao art. 7º garante o impacto neutro da medida, considerando já expressar as regras hoje vigentes por porte/segmentação.</p>
<p>Art. 8º Sempre que houver a apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial pelo beneficiário, independente do canal pelo qual seja realizado ou qual seja sua finalidade, deverá ser fornecido número de protocolo como primeira ação, no início do atendimento ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva, ainda que indiretamente, cobertura assistencial.</p> <p>§ 1º Qualquer solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial deve ser emitida por profissional de saúde devidamente habilitado.</p> <p>§ 2º A apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial à operadora poderá ser feita pelo prestador em nome do beneficiário.</p> <p>§ 3º Para os fins desta Resolução, o número de protocolo fornecido pela operadora ao beneficiário deverá observar o padrão previsto na ficha técnica constante do Anexo I.</p> <p>§ 4º Independentemente do porte, as operadoras deverão arquivar, pelo prazo de 90 (noventa) dias, e disponibilizar, em meio impresso ou eletrônico, os dados do atendimento ao beneficiário, identificando o registro numérico de atendimento, assegurando a guarda, manutenção da gravação e registro.</p> <p>§ 5º Os canais de atendimento ao beneficiário voltados à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial serão obrigatoriamente ofertados, ainda que exista entre operadora e prestador de serviço regramento para a apresentação direta de pedidos de autorização dos serviços prestados.</p>	<p>Art. 9º Sempre que houver a apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial ou não assistencial pelo beneficiário, independente do canal pelo qual seja realizado ou qual seja sua finalidade, deverá ser fornecido número de protocolo como primeira ação, no início do atendimento.</p> <p>§ 1º Qualquer solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial deve ser emitida por profissional de saúde devidamente habilitado.</p> <p>§ 2º A apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial à operadora poderá ser feita pelo prestador em nome do beneficiário.</p> <p>§ 3º A existência de canal próprio entre operadora e prestador de serviço para a apresentação direta de pedidos de autorização dos serviços prestados não exime a oferta obrigatória de canais de atendimento ao beneficiário e da garantia de acompanhamento pelo beneficiário sobre as etapas dessa solicitação.</p> <p>§ 4º Para os fins desta Resolução, o número de protocolo fornecido pela operadora ao beneficiário deverá observar o padrão previsto na ficha técnica constante do Anexo I.</p> <p>§ 5º Independentemente do porte, as operadoras deverão arquivar, pelo prazo de 5 (cinco) anos, e disponibilizar, em meio impresso ou eletrônico, os dados do atendimento ao beneficiário, identificando o registro numérico de atendimento, assegurando a guarda, manutenção da gravação e registro.</p>	<p>No <i>caput</i>, há uma adaptação de redação por conta da ampliação do escopo da norma.</p> <p>O §3º proposto se origina do §5º original com melhorias de redação para tornar o dispositivo mais claro, além de prever a garantia de acompanhamento pelo beneficiário sobre as etapas de análise de sua solicitação encaminhada pelo prestador diretamente.</p> <p>Quanto ao § 5º, inova-se no aumento do prazo do guarda e manutenção dos registros e gravação dos atendimentos. Interpreta-se do art. 12, § 3º do Decreto 11.034/22 que o prazo anteriormente estipulado poderia ser elástico:</p> <p>"Art. 12. É direito do consumidor acompanhar, nos diversos canais de atendimento integrados, todas as suas demandas, por meio de registro numérico ou outro tipo de procedimento eletrônico.</p> <p>(...)</p> <p>§ 3º Quando se tratar de chamada telefônica, a manutenção da gravação da chamada efetuada para o SAC é obrigatória, pelo prazo mínimo de noventa dias, contado da data do atendimento."</p> <p>No mesmo decreto, no art. 12, § 5º a lógica do prazo mínimo se repete.</p> <p>Art. 12 (...)</p> <p>§ 5º O registro do atendimento será mantido à disposição do consumidor e do órgão ou da entidade fiscalizadora pelo prazo mínimo de dois anos, contado da data de resolução da demanda.</p> <p>Nesses termos, utiliza-se por parâmetro o prazo prescricional da pretensão punitiva que respalda qualquer ação apuratória da ANS. O prazo anterior de noventa dias demonstrou-se insuficiente para garantir o acesso a esses registros e gravações pelos fiscais.</p>
		<p>Considerando que a norma passa a tratar das demandas não assistenciais, expandindo o escopo da RN nº 395/16, há a necessidade de ser fixado um prazo para demandas dessa natureza. Assim, se vale do padrão estatuído no Decreto no dispositivo abaixo:</p> <p>"Art. 13. As demandas do</p>

	<p style="text-align: center;">Art. 10. As solicitações não assistenciais serão respondidas no prazo de sete dias corridos, contado da data de seu registro.</p>	<p>consumidor serão respondidas no prazo de sete dias corridos, contado da data de seu registro.</p> <p>§ 1º O consumidor será informado sobre a conclusão do tratamento de sua demanda e, mediante solicitação, receberá do fornecedor a comprovação pertinente por correspondência ou por meio eletrônico, a critério do consumidor.</p> <p>§ 2º A resposta do fornecedor:</p> <p>I - será clara, objetiva e conclusiva; e</p> <p>II - abordará todos os pontos da demanda do consumidor.</p> <p>§ 3º Quando a demanda tratar de serviço não solicitado ou de cobrança indevida, o fornecedor adotará imediatamente as medidas necessárias à suspensão da cobrança.</p> <p>§ 4º Os órgãos ou as entidades reguladoras competentes poderão estabelecer, no setor regulado, prazo para resolução das demandas no SAC."</p>
<p>Art. 9º Nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada, a operadora demandada terá o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário.</p> <p>§1º Nos casos de solicitação de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial em que os prazos máximos para garantia de atendimento, previstos na RN nº 259, de 17 de junho de 2011, sejam inferiores ao prazo previsto no caput, a resposta da operadora ao beneficiário deverá se dar dentro do prazo previsto na RN nº 259, de 2011.</p> <p>§ 2º Nas solicitações de procedimentos de alta complexidade - PAC - ou de atendimento em regime de internação eletiva, as operadoras deverão cumprir o prazo de até 10 (dez) dias úteis para apresentação de resposta direta ao beneficiário, informando as medidas adotadas para garantia da cobertura.</p> <p>§ 3º As solicitações de procedimentos e/ou serviços de urgência e emergência devem ser autorizadas imediatamente pela operadora, observadas as normas legais e infralegais em vigor.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 11. As solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial serão respondidas nos seguintes prazos:</p> <p>I - as solicitações de procedimentos e/ou serviços de urgência e emergência devem ser respondidas imediatamente pela operadora, observadas as normas legais e infralegais em vigor;</p> <p>II - nos demais casos, as respostas devem ocorrer:</p> <p>a) se não for possível fornecer resposta imediata, a operadora demandada terá o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário;</p> <p>b) nas solicitações de procedimentos de alta complexidade - PAC - ou de atendimento em regime de internação eletiva, a operadora demandada terá o prazo de até 10 (dez) dias úteis para apresenta-la diretamente ao beneficiário.</p> <p>§1º Nos casos de solicitação de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial em que os prazos máximos para garantia de atendimento, previstos na RN nº 566, 29 de dezembro de 2022, sejam inferiores ao prazo previsto no inciso II, a resposta da operadora ao beneficiário deverá se dar dentro do prazo previsto na RN nº 566, de 2022.</p> <p>§2º O prazo de resposta de que trata esse artigo se presta às seguintes informações:</p> <p>I - aprovação/autorização do procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial com todos os elementos necessários para a sua realização, na forma do artigo 8º da RN nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998;</p> <p>II - negativa do procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, na forma do art. 13; ou</p> <p>III - instauração de junta médica/odontológica, quando cabível, na forma da normatização vigente, observadas as regras previstas na</p>	<p>No que se refere a esse dispositivo, verifica-se a necessidade aprimoramento da redação anterior, sem inovar quantos aos prazos.</p> <p>Poderia haver uma equivocada impressão sobre o conteúdo das respostas possíveis à solicitação demandada, com uma avaliação, por exemplo, de que as respostas dentro dos prazos máximos da RN 566/2022 é o que a operadora deve se concentrar. Sob esse ponto, foram demonstradas importantes evidências com a adoção de respostas sem a clareza necessária para o beneficiário solicitante, como por exemplo: "Em análise". O retardamento de respostas, respostas lacunosas como as citadas geram insatisfação que poderiam ser evitadas, sendo verdadeiros fatos gerados de reclamação para o Órgão Regulador.</p> <p>A proposta traz as três respostas possíveis a serem dadas nos prazos estabelecidos pela atual RN 395/16, o que não se confunde com os prazos máximos da RN 566/2022.</p> <p>O art. 3º, § 1º da RN 566/2022 é claro no sentido de como se conta o prazo máximo para a efetiva realização do procedimento.</p> <p>Art. 3º (...)</p> <p>§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.</p> <p>Desse modo, os prazos da RN 395/2016 se referem à jornada do beneficiário após a solicitação de cobertura, devendo a operadora fornecer uma resposta conclusiva, o que não se confunde com o prazo da efetiva</p>

	<p>RN nº 424, de 2017, devendo ser concluída a tempo do procedimento ser executado no prazo previsto na RN nº 566, de 2022.</p> <p>§3º O prazo de resposta de que trata este artigo não se confunde com a data da efetiva realização do procedimento que deve ocorrer dentro do prazo previsto na RN nº 566, de 2022.</p>	<p>confunde com o prazo da efetiva realização. Por isso a reformulação do dispositivo como um todo para deixar ainda mais claro o dispositivo.</p>
	<p>Art. 12. No caso concreto durante o ciclo do atendimento deve ser assegurado meio para que o beneficiário consulte o andamento de sua solicitação.</p>	<p>Ampliação de transparência/clareza para além do resultado conclusivo do prazo de resposta.</p>
<p>Art. 10. Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, seja ele credenciado ou não, a operadora deverá informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.</p> <p>§ 1º O beneficiário, sem qualquer ônus, poderá requerer que as informações prestadas na forma do caput sejam reduzidas a termo e lhe encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.</p> <p>§ 2º No caso das operadoras de pequeno e médio porte, o prazo de 24 (vinte e quatro) horas previsto no § 1º deverá considerar o horário de funcionamento de suas unidades de atendimento.</p>	<p>Art. 13. Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, seja ele credenciado ou não, a operadora deverá informar, detalhadamente, em linguagem clara e adequada, ao beneficiário, dentro do prazo de resposta, independentemente de solicitação, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.</p>	<p>Mudança para que a negativa sempre seja por escrito, independentemente de solicitação específica pelo beneficiário, como mais uma medida em prol da transparência/clareza.</p>
	<p>Art. 14. As respostas às solicitações não assistenciais também devem observar a linguagem clara e adequada, devendo ser acompanhadas do devido esclarecimento/motivação.</p>	<p>Ajuste em simetria, com a ressalva de que não há prazo de resposta conclusiva prévia em razão da própria natureza da demanda.</p>
		<p>Adaptação conforme ampliação do escopo da norma e reforço quanto à clareza da existência de unidade de reanálise.</p> <p>Há elementos claros coletados no AIR que indicam a pouca utilização do instrumento de reanálise, conforme os relatórios anuais publicados via REA-Ouvidorias.</p> <p>Tal como feito em relação à proposta do art. 3º o curso da elaboração da presente foram feitas reuniões com a Ouvidoria da ANS, que lidera o REA-Ouvidorias, com avaliação pela viabilidade e pertinência.</p> <p>Como apresentado no AIR, no que se refere à estruturação de ouvidorias internas pra absorver a presente proposta, cabe reforçar os seguintes pontos: Primeiramente, não há necessidade para atingimento do objetivo da norma ajustes no art. 8º da RN 323/2012, que assim dispõe: "As operadoras com número de beneficiários inferior a 20 (vinte) mil e as operadoras exclusivamente odontológicas com número de beneficiários entre 20 (vinte) mil e 100 (cem) mil, estão obrigadas</p>

Art. 11. Fornecida resposta direta ao beneficiário sobre o resultado da análise de sua solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, a este será garantida a faculdade de requerer a reanálise de sua solicitação, a qual será apreciada pela Ouvidoria da operadora, instituída na forma da RN nº 323, de 3 de abril de 2013.

§ 1º No mesmo ato de fornecimento da resposta direta ao beneficiário, a operadora deverá informá-lo acerca do prazo, forma e procedimento a serem observados para apresentação do requerimento de reanálise, inclusive no que se refere à instauração de junta médica, caso haja manifestação de divergência do profissional de saúde solicitante.

§ 2º Caso a operadora esteja dispensada da criação de unidade organizacional específica de Ouvidoria, as revisões apresentadas serão apreciadas pelo representante institucional previsto no art. 8º da RN nº 323, de 2013.

§ 3º Caso a operadora imponha ao beneficiário procedimento excessivamente complexo para apresentação do requerimento de reanálise, de modo que impeça ou restrinja o exercício dessa faculdade, será configurada a infração prevista nessa norma, por não observância às regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial.

Art. 15. As negativas de solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial terão o processo de reanálise obrigatório pela Ouvidoria do ente regulado.

§ 1º A informação sobre o processo de reanálise de que trata o caput deverá constar de forma clara e em destaque no ato de fornecimento da resposta ao beneficiário, com indicação do prazo e meio pelo qual o resultado da reanálise será informado.

§ 2º No fluxo da reanálise é facultado ao beneficiário fornecer documentação adicional à Ouvidoria.

§ 3º A reanálise não suspende ou interrompe os prazos da RN nº 566/2022, representando instrumento em prol da resolução consensual da demanda, quando cabível, e que possibilita a visão macro pela Ouvidoria para cumprimento do disposto no art. 4º, IV, "c" da Resolução Normativa nº 323, de 3 de abril de 2013.

§ 4º Caso a operadora esteja dispensada da criação de unidade organizacional específica de Ouvidoria, as reanálise de que trata este artigo serão apreciadas pelo representante institucional previsto no art. 8º da RN nº 323, de 2013.

tão somente a designar um representante institucional para exercício das atribuições de ouvidor, ficando dispensadas de criar unidade organizacional específica de Ouvidoria, observado, no entanto, as demais regras desta RN."

Ainda sobre esse aspecto de impacto cabe reforçar que a proposta não implica necessariamente no aumento de custo regulatório por aumento de estrutura, seja pela existência de estrutura já existente, seja em razão de que o incremento de recomendações voltadas aos SACs/centrais de atendimento das operadoras podem representar diminuição do número de demandas elegíveis para tratamento pela Ouvidoria, situação que também se aplicaria ao representante institucional, pelo fato do seu perfil já ser concebido para atuar perante operadoras como menos volume de solicitação de procedimentos.

Por fim, dentro dessa lógica sistêmica de reanálise, avalia-se que o reexame necessário deva se limitar às negativas de cobertura, não sendo consideradas demandas não assistenciais. Sob esse aspecto ainda não há estudos suficientes, uma vez que o pedido de reanálise sempre foi tratado em norma apenas para demandas assistenciais. De igual modo, considerando o problema regulatório que se pretende enfrentar, nessa oportunidade também optamos por manter o tipo de demanda de reanálise que as ouvidorias internas já estão habituadas frente ao *status quo* da RN nº 395/17. Isso não significa que não possam ser objeto de reflexões a partir da participação social ou eventuais amadurecimentos.

Também com a nova sistemática proposta é imprescindível deixar o canal aberto para que o beneficiário forneça documentação adicional à Ouvidoria. Importante também salientar que nessa etapa não há suspensão ou interrupção dos prazos da RN 566/2022. O que se objetiva aqui é criar um instrumento em prol da resolução consensual da demanda, quando cabível, no exercício do seu papel hoje já existente para requerimentos de reanálise. De igual modo, a reanálise necessária propiciará um visão macro pela Ouvidoria para cumprimento do disposto no art. 4º, IV, "c" da Resolução Normativa nº 323, de 3 de abril de 2013.

Esse ponto também guarda relação com a proposta feita para o parágrafo único do art. 3º.

Com efeito, um fator adicional para a ausência de efeitos nos prazos da RN 566/2022 deriva do prazo previsto no art. 4º, inciso VI do RN 323/2013 de resposta à Ouvidoria, o qual não se pretende alterar. Um bom trabalho de comunicação pela Ouvidoria no fluxo da reanálise pode motivar o beneficiário a esperar um pouco para reclamar perante órgãos como a ANS e Poder Judiciário.

	<p style="text-align: center;">Art. 16. O regramento específico sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão segue o disposto na Resolução Normativa nº 561, de 15 de dezembro de 2022.</p>	<p>Dispositivo para deixar claro que as regras que dispõem sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão serão tratadas em apartado.</p> <p>A razão fundamental para essa manutenção em norma apartada segue a premissa de que há situações tratadas na RN nº 561/22 que envolvem outros players que estão autorizados a fazer solicitações, não se resumindo ao beneficiário.</p>
<p>Art. 12. Em qualquer hipótese, o atendimento às solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentadas pelos beneficiários às operadoras deverá ser concluído, nos termos desta Resolução, observando-se os prazos previstos na RN nº 259, de 2011.</p> <p>Parágrafo único. As informações prestadas em atendimento a esta Resolução deverão observar o Padrão TISS, disciplinado pela RN nº 305, de 9 de outubro de 2012.</p>	<p>Art. 17. Em qualquer hipótese, o atendimento às solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentadas pelos beneficiários às operadoras deverá ser concluído, nos termos desta Resolução, observando-se os prazos previstos na RN nº 566, de 2022.</p> <p>Parágrafo único. As informações prestadas em atendimento a esta Resolução deverão observar o Padrão TISS, disciplinado pela RN nº 501, de 30 de março de 2022.</p>	<p>Atualização normativa em razão do projeto de gestão do estoque regulatório decorrente do Decreto 10.139/19.</p>
<p>Art. 13. Os registros documentados dos atendimentos realizados na forma prevista nesta Resolução poderão ser utilizados pelas operadoras para qualificação das respostas apresentadas às Notificações de Intermediação Preliminar – NIP.</p>	<p>Art. 18. Os registros documentados dos atendimentos realizados na forma prevista nesta Resolução poderão ser utilizados pelas operadoras para qualificação das respostas apresentadas às Notificações de Intermediação Preliminar – NIP, sem prejuízo de requisição pela fiscalização, observado o prazo de guarda previsto no art. 9º, § 5º.</p>	<p>Reforço da obrigação de armazenamento dos registros e gravações dos atendimentos. O Decreto 11.034/2022, conforme art. 12, § 5º, dispõe que esse prazo também deve ser no mínimo de 2 anos:</p> <p>Art. 12 (...)</p> <p>§ 5º O registro do atendimento será mantido à disposição do consumidor e do órgão ou da entidade fiscalizadora pelo prazo mínimo de dois anos, contado da data de resolução da demanda.</p> <p>Assim, considerando o ajuste proposto para o art. 13 da RN 395/16, o prazo de que trata este artigo passará a ser ampliado.</p>
<p>Art. 14. Os beneficiários, caso assim solicitem, terão acesso, sem ônus, aos registros de seus atendimentos, em até 72 (setenta e duas) horas da solicitação respectiva, respeitado o disposto no § 4º do art. 8º.</p>	<p>Art. 19. Os beneficiários, caso assim solicitem, terão acesso, sem ônus, aos registros e gravações de seus atendimentos, em até 72 (setenta e duas) horas da solicitação respectiva, respeitado o disposto no § 5º do art. 9º.</p>	<p>A intenção da inclusão da expressão "gravações" é deixar claro que meros registros sem o conteúdo do atendimento telefônico não suprem a intenção do regramento. Aprimora-se o dispositivo atual.</p>
<p>Art. 15. A presente Resolução não afasta a necessidade de observância, pelas operadoras, do disposto no Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008, que regulamenta a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, fixando normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC, ou legislação que o substitua.</p>	<p>Art. 20. A presente Resolução não afasta a necessidade de observância, pelas operadoras, do disposto no Decreto nº 11.034, de 5 de abril de 2022, que regulamenta a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, fixando normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC, ou legislação que o substitua.</p>	<p>Atualização de remissão .</p>
		<p>Novo dispositivo em sintonia com a alternativa eleita na AIR, com destaque para o estímulo à concorrência em prol da redução do problema regulatório e incentivos para as operadoras que atingirem as metas de IGR.</p> <p>No atual momento regulatório, cabe destacar que as</p>

<p>Sem correspondência</p>	<p>Art. 21. As operadoras de planos de saúde serão avaliadas por metas, trimestralmente, no Índice Geral de Reclamações - IGR, conforme critérios definidos em ficha técnica específica com ampla divulgação no site da ANS e outros meios.</p> <p>§ 1º Os resultados trimestrais de que trata o caput serão considerados para atuação fiscalizatória sempre que houver menção expressa na RN nº 483/22 ou nº 489/22.</p> <p>§ 2º Para fins do presente artigo, o analista NIP ou o fiscal em processo administrativo sancionador, observará a classificação da operadora ou administradora de benefícios na data do fato ou na impossibilidade de obtenção a data do registro de demanda na ANS.</p> <p>§ 3º A ficha técnica com fixação de metas de desempenho pode ser alterada a qualquer tempo, com previsibilidade mínima de um ciclo, visando adaptá-la aos comportamentos do setor e necessidades de ajuste de meta.</p>	<p>Administradoras de Benefícios não se sujeitam a classificação no IGR, tendo em vista o indicador considerar o número de beneficiários (informação dispensada a essa modalidade de operadora).</p> <p>Ademais, há cláusula de sigilo no Termos de Compromisso celebrados com aquelas obrigações de informar periodicamente o número de vidas administradas, sendo obstáculo atual de sistema e banco de dados para avanço.</p> <p>Não obstante a ampliação do escopo da norma para alcançar as administradoras de benefícios, as evidências coletadas até o presente momento são no sentido de que os incentivos devem ter como foco a redução de problemas assistenciais, fora do escopo das Administradoras.</p> <p>Por fim, a ficha técnica específica foi inspirada na revisão da ficha do IGR para o ano-base 2024, em vias de ser aprovada pela DICOL.</p> <p>A ficha tem metas distintas para operadoras médico-hospitalares e oncológicas. Também pretende-se distinguir as operadoras que apresentem redução do IGR em dois trimestres consecutivos, ampliando o leque de ação e número de operadoras elegíveis aptas a possuir tratamento específico, diferente daquelas que se mantêm sem melhorias no indicador.</p>
<p>RN 483</p>	<p>PROPOSTA NORMATIVA</p>	<p>JUSTIFICATIVAS</p>
<p>Subseção II Do pagamento antecipado e à vista da multa</p> <p>Art. 33. Em substituição à apresentação de defesa, pode o interessado, querendo, apresentar requerimento de pagamento antecipado e à vista do valor da multa pecuniária correspondente à infração administrativa apurada no auto de infração ou na representação lavrados, no prazo de 10 (dez) dias, a contar da intimação.</p> <p>§1º Na hipótese de apresentação do requerimento previsto no caput, o interessado fará jus a um desconto percentual de 40% (quarenta por cento) sobre o valor da multa correspondente à infração administrativa apurada no auto de infração ou na representação lavrados, a qual não poderá, entretanto, ser inferior, tampouco superior aos limites previstos no art. 27 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.</p> <p>§2º Para fins de aplicação do desconto previsto neste artigo, não serão considerados para o cálculo da multa correspondente as causas de aumento e diminuição da pena, bem como as agravantes e atenuantes, aplicando-se,</p>	<p>Art. 22. O art. 33 da Resolução Normativa - RN 483/2022 passa a vigorar com as seguintes alterações:</p>	<p>Considerando que se trata de uma operadora com desempenho que a difere ou em melhoria dos seus processos de atendimento, entende-se pertinente que a infração possa vir a possuir um desconto maior. Esse incentivo está na esteira de uma diminuição de custos administrativos</p>

contudo, os fatores de compatibilização previstos na norma que dispõe sobre a aplicação de penalidades no âmbito da ANS.

§3º O desconto percentual previsto no caput não se aplica para as infrações de natureza potencialmente coletivas.

§4º O requerimento previsto no caput deste artigo servirá como confissão do requerente quanto à matéria de fato e reconhecimento da ilicitude da conduta, de modo que qualquer elemento de defesa eventualmente constante do pedido de requerimento será desconsiderado, uma vez que a apresentação deste pressupõe a desistência do direito de apresentar defesa, sobre o qual se operará a preclusão lógica.

§5º Recebido o requerimento a que se refere o § 1º, seja após a lavratura de auto de infração ou representação, será proferida decisão homologando o desconto, que será objeto de intimação pelo órgão técnico que a proferiu.

§6º Após intimado o interessado, os autos serão encaminhados ao órgão responsável pela cobrança para disponibilização da Guia de Recolhimento da União - GRU para pagamento com desconto, o qual deverá ser efetivado no prazo de 30 (trinta) dias.

§7º Caso o interessado não efetue o pagamento previsto no § 6º, terá seu nome incluído no Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados de Órgãos e Entidades Federais - Cadin e o débito, sem os descontos concedidos, será encaminhado ao órgão responsável para fins de inscrição em dívida ativa, na forma da legislação.

§ 8º O desconto previsto neste artigo não se aplica para multa diária.

Subseção II

Do pagamento antecipado e à vista da multa

Art. 33.

§ 1º - A. Quando a operadora atender aos critérios de metas de IGR delineados em ficha técnica específica, o desconto percentual previsto no § 1º será de 60% (sessenta por cento) sobre o valor da multa correspondente à infração administrativa apurada no auto de infração referente aos tipos descritos nos artigos 101 ao 103 da RN nº 489/22, observados os requisitos descritos neste artigo.

com a tendência de médio prazo de diminuição de processos sancionadores.

Frise-se que aplicar-se-iam às infrações relacionadas aos tipos próprios de negativa de cobertura, foco principal dos estudos regulatórios do problema identificado. Em outras palavras, determinada operadora que atenda aos critérios de metas de IGR, quando diante de prazo de defesa de auto de infração dos artigos 101 ao 103 da RN nº 489/22 poderá solicitar o pagamento antecipado e à vista com desconto de 60% (sessenta por cento), superando os 40% (quarenta por cento) do atual cenário, mantido para as operadoras que não atinjam a meta estabelecida.

Esclareça-se que a participação social pode revelar outros incentivos alinhados ao presente escopo.

RN 489	PROPOSTA NORMATIVA	JUSTIFICATIVAS
<p>Regras de atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial</p> <p>Art. 99. Deixar de observar as regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial</p>	<p>Art. 23. O art. 99 da Resolução Normativa - RN nº 489/2022 passa a vigorar com as seguintes alterações:</p> <p>Regras de atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial e de coberturas assistenciais cobertura assistencial</p> <p>Art. 99. Deixar de observar as regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações não assistenciais e de coberturas assistenciais, exceto quando a conduta configurar negativa de cobertura, caso em que será aplicada a sanção desta.</p>	<p>Tal como no item anterior, essas medidas têm como princípio tratar os desiguais de forma desigual.</p> <p>As operadoras que atingem as metas de IGR são aquelas que vem funcionando bem em seus SACs/centrais de atendimento ou em aprimoramento com a tendência de melhorias eficazes.</p> <p>Por outro lado, aquelas que figuram fora das metas estarão diante da necessidade de maior <i>enforcement</i> compatível com os estudos realizados.</p> <p>Assim, se propõe que a regra de absorção do tipo anteriormente fixada seja desmembrada para restar somente aplicável somente às operadoras que atinjam as metas do indicador. E ainda assim com a possibilidade de absorção de outros tipos, além do <i>status quo</i> que permite apenas quando o tipo mais gravoso é de negativa de cobertura.</p> <p>Já em relação às operadoras fora das metas estipuladas, serão aplicadas</p>

<p>sanções de cobertura assistencial, exceto quando a conduta configurar negativa de cobertura, caso em que será aplicada a sanção desta.</p> <p>Sanção - multa de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).</p>	<p>Sanção – Advertência;</p> <p>Multa de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).</p> <p>§ 1º Quando a operadora atender aos critérios de metas de IGR delineados em ficha técnica específica, será aplicada a sanção prevista nos tipos desta RN por absorção, quando a conduta configurar infração mais grave.</p> <p>§ 2º Quando a operadora não atender aos critérios de metas de IGR delineados em ficha técnica específica, poderá ser aplicada cumulativamente a sanção prevista nos tipos desta RN, mesmo quando a conduta configurar infração mais grave.</p>	<p>a penalidade de multa pecuniária prevista no tipo específico do art. 99 da RN nº 489/22, bem como haverá a possibilidade de ser aplicado o concurso material de tipos (agora na presente proposta aplicáveis a tipos assistenciais e não assistenciais).</p> <p>Outra situação é quando os fatos narrados na demanda não alcancem outras infrações. Na atual norma, seria aplicável somente a penalidade de multa. Entretanto, previu-se na proposta a possibilidade de aplicação de advertência com os regramentos dispostos na parte geral da RN nº 489/22.</p> <p>Como a previsão da advertência foi estruturada no preceito secundário de tipo infrativo, não importa o desempenho de uma operadora. Porém, por decorrência lógica, estima-se que provavelmente se alcance na maior parte as operadoras que cumprem as metas.</p> <p>Tal como nas justificativas da alteração da RN nº 483/22, reitera-se que a participação social pode revelar outras medidas alinhadas ao presente escopo.</p>
RN 395 (CONTINUAÇÃO)	PROPOSTA NORMATIVA	JUSTIFICATIVAS
<p>Art. 17. Fica revogada a RN nº 319, de 5 de março de 2013 e fica revogado parágrafo único do art. 74 da RN nº 124, de março de 2006.</p>	<p>Art. 24. Ficam revogadas a Resolução Normativa - RN ° 395, de 14 de janeiro de 2016, e o parágrafo único do art. 92 da RN nº 489/2022.</p>	<p>A revogação da RN 395/16 se justifica não apenas em razão do caso concreto se enquadrar em uma alteração considerável nos termos do art.12, inciso da Lei Complementar 95/98 c/c o art.16, inciso I do Decreto 9.191/17), mas também pelo fato da RN 395/16 não ter feito parte do 1º ciclo de gestão do estoque regulatório, nos termos do Decreto 10.139/2019.</p> <p>Sobre o art. 92 da RN 489/2022, primeiramente cabe sua transcrição:</p> <p>"Art. 92. Deixar de comunicar aos beneficiários as informações estabelecidas em lei ou pela ANS:</p> <p>Sanção – advertência; multa de R\$ 25.000,00.</p> <p>§ 1º Na hipótese de a operadora deixar de informar ao beneficiário, na forma estabelecida pela regulamentação da ANS, os motivos da negativa de autorização do acesso ou cobertura previstos em lei ou contrato, a multa será de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).</p> <p>§2º Caso o cometimento da infração descrita no caput produza efeitos de natureza coletiva, deve ser considerado o disposto no art. 9º desta Resolução para cálculo da multa a ser aplicada."</p> <p>Ocorre que o § 1º traz infração já absorvida pelo art. 99 da RN de penalidades, na vertente de descumprimento das regras de</p>

		atendimento ao beneficiário. A existência de conflito de normas e o valor da multa-base ser o mesmo para os dois dispositivos aumenta o conforto decisório.
Art. 18. Essa resolução normativa entra em vigor em 120 (cento e vinte) dias após sua publicação.	Art. 25. Essa resolução normativa entra em vigor em (XXXXX) dias após a sua publicação.	

VI - INDICAÇÃO DE QUE NÃO HÁ AUMENTO DE DESPESAS NAS HIPÓTESES DE TRANSFORMAÇÃO OU QUALQUER TIPO DE REDISTRIBUIÇÃO DE CARGOS COMISSIONADOS E COMISSIONADOS TÉCNICOS DA ANS, CONFORME DISPOSTO NO ARTIGO 14 DA LEI N° 9.986, DE 18 DE JULHO DE 2000, A SER CONFIRMADA PELO ÓRGÃO COMPETENTE INTEGRANTE DA ESTRUTURA DA ANS;

Não se aplica à proposta.

VII - INDICAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE PRÉVIA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA, QUANDO A PROPOSTA DEMANDAR DESPESAS;

Não se vislumbram ajustes orçamentários além daqueles rotineiramente previstos.

VIII - INDICAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE IMPACTO EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NO ÂMBITO DA ANS;

Os impactos em sistema vislumbrados não seriam de alta complexidade, além da proposta ser acompanhada de *vacatio legis* justamente para que o planejamento seja exequível.

Basicamente, os ajustes necessários se limitam à pesquisa pelo fiscal no que se refere ao enquadramento da operadora em listas periódicas considerando o calendário anual, devidamente publicizadas, sendo desejável esse apontamento dentro ferramentas que automatizem essa pesquisa pelo aplicador da norma, reduzindo erro humano.

IX - INDICAÇÃO ACERCA DA URGÊNCIA PARA PUBLICAÇÃO, QUANDO FOR O CASO;

Embora tecnicamente não se enquadre em ato normativo com urgência, o tema é relevante e deve ser objeto de avanço na maior brevidade possível, considerando, inclusive, seu destaque prévio como tema da Agenda Regulatória vigente.

CONCLUSÃO:

É a Exposição de motivos na forma da RA n° 49/12, acompanhada da versão sem marcações da minuta de Resolução Normativa (SEI n° 28073958) e ficha técnica com as metas do IGR para o fim proposto (SEI n° 28160750).

À consideração superior.

Pedro da Silveira Villela
Coordenador de Estudos e Projetos

Alex Urtado Abreu
Coordenador de Assuntos Normativos e Institucionais

Gustavo Junqueira Campos
Assessor Normativo - DIFIS

De acordo. Encaminha-se à Diretora de Fiscalização.

Marcus Teixeira Braz
Diretor-Adjunto de Fiscalização

Aprovo a Nota Técnica de exposição de motivos. Encaminha-se à COADC para inclusão em pauta.

Eliane Aparecida de Castro Medeiros
Diretora de Fiscalização

OBS.: Atenção - Antes de assinar verifique se possui autoridade no Regimento interno da ANS para assinar este tipo de documento.



Documento assinado eletronicamente por **Pedro da Silveira Villela, Coordenador(a) de Estudos e Projetos**, em 16/11/2023, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Alex Urtado Abreu, Coordenador(a) de Assuntos Normativos e Institucionais**, em 16/11/2023, às 18:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Junqueira Campos, Assessor(a) Normativo da DIFIS**, em 16/11/2023, às 18:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **MARCUS TEIXEIRA BRAZ, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIFIS**, em 16/11/2023, às 18:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Eliane Aparecida de Castro Medeiros, Diretor(a) de Fiscalização**, em 16/11/2023, às 19:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **27955763** e o código CRC **11C5E998**.

Referência: Processo nº 33910.014327/2023-50

SEI nº 27955763