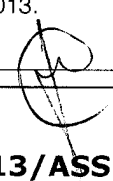


AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	
ASSNT/DIPRO	
Protocolo Nº. 33902.	049.577 /2013- 30
Data Registro	21 / 01 /2013.
Hora Registro	16 : 24
Assinatura:	

Nota nº 03 /2013/ASSNT/DIPRO/ANS

Rio de Janeiro, 21 de janeiro de 2013.

Assunto: Consulta Pública nº 51/2012.

Processo: 33902.356886/2012-81.

I – INTRODUÇÃO

Trata-se de Consulta Pública convocada por esta Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com o escopo de editar normativo para regulamentar a prestação de informação aos beneficiários acerca da negativa de cobertura de procedimentos, devidamente publicada na Seção 1 do Diário Oficial da União – DOU de 20/09/2012 (fl. 26).

Inicialmente, importante ressaltar que o presente normativo foi precedido de Exposição de Motivos (fls. 02-04), de Sumário Executivo de Impacto Regulatório (fl. 07) e de análise formal por parte da Procuradoria Federal Junto à ANS (fls. 10-13).

Outrossim, foi juntada aos autos a recomendação sobre o tema em questão encaminhada pelo Conselho Nacional de Justiça – CNJ (fl. 24).

A presente Nota tem por objetivo reunir os pontos levantados a respeito da proposta de Resolução Normativa levada à Consulta Pública, assim como a

respectiva análise desta Agência, em observância ao que dispõe o art. 8º da Resolução Normativa – RN nº 242/2010.

II – ESTATÍSTICA DAS CONTRIBUIÇÕES

Inicialmente, mister apresentar os dados estatísticos a respeito das contribuições para a Consulta Pública em questão.

A Consulta Pública foi realizada entre 27 de setembro de 2012 a 26 de outubro de 2012, tendo sido recebidas 1.715 (um mil, setecentos e quinze) contribuições pelo sítio eletrônico da ANS, 4 (quatro) por correio eletrônico e 9 (nove) por correspondência à Presidência desta Agência.

Finalizada a Consulta Pública, foi recepcionado o Memorando nº 13/2013/DIRAD/DIDES, trazendo outras sugestões para o normativo.

Em atendimento aos incisos I e II do art. 8º da RN nº 242/2010, apresentam-se anexos os dados estatísticos sobre as sugestões e contribuições recepcionadas (Anexo A), bem como CD contendo planilha com todas as contribuições e sugestões recepcionadas por intermédio do sítio da ANS na *internet* (Anexo B).

III – SUGESTÕES E CONTRIBUIÇÕES

Todas as contribuições e sugestões recepcionadas por esta Agência foram analisadas de forma criteriosa, a fim de incrementar o texto do normativo em questão.

A seguir, será apresentada a consolidação das principais sugestões e contribuições recebidas, com a pertinente justificativa para sua adoção ou não.



Solicitação de divisão das negativas de cobertura em técnicas e operacionais

Contribuições foram recepcionadas sobre esse tema, a saber:

Dividir as negativas em contratuais e técnicas sendo estas primeiras reservadas às Centrais de Atendimento que funcionam 24 horas e que responderiam sobre as análises decorrentes de carência contratual, aplicação de DLP, inadimplência, falta de credenciamento do prestador, validade da carteira de identificação, que pode ser feita pelas Centrais de Atendimento 24 horas. As negativas técnicas relativas aos procedimentos médicos, cuja análise deve ser feita por profissional habilitado, envolvendo a Auditoria Médica da Operadora, com prazo maior de análise.

Dividir as negativas em contratuais e técnicas sendo estas primeiras reservadas as centrais de atendimento, que responderiam sobre as análises decorrentes de carência contratual, aplicação de DLP, inadimplência. As negativas técnicas relativas aos procedimentos médicos cuja análise deve ser feita por profissional habilitado, envolvendo a Auditoria Médica da Operadora, com prazo maior de análise.

Inicialmente, cabe frisar que o normativo em questão visa dar cumprimento a um direito do beneficiário, a saber: o seu acesso à informação.

O objeto do normativo não visa criar ou regular mecanismos de organização interna da operadora, a qual tem liberdade para qualificar e dividir as negativas de cobertura.

Na realidade, o escopo do normativo é prestar a justificativa detalhada, adequada e clara ao beneficiário, devendo a operadora se organizar para cumprir tal mister.

Sabe-se de sobejo que as operadoras devem liberar os procedimentos solicitados nos prazos máximos descritos na RN nº 259/2011 e, caso conclua pela negativa, deve fundamentá-la com base no dispositivo legal ou contratual que dá azo à sua conduta.

Dessa forma, obedecendo aos prazos máximos da RN nº 259/2011, caso a operadora conclua pela legalidade e legitimidade da negativa, deverá informar seu beneficiário, não existindo argumento factível para divisão entre as negativas, tampouco para estipulação de prazos diferenciados.

Ademais, ao prever o comunicado acerca da negativa de forma "aberta", busca-se exatamente abarcar todas as situações possíveis de ocorrer, sem entrar no mérito de regulamentar questões pontuais.

Cabe frisar, outrossim, que a minuta de normativo, após consulta pública, prevê que, a partir de 1 de janeiro de 2014, o procedimento de comunicação deverá atender ao TISS, o qual possui padrão de mensagem de trocas de informações.

Pelo exposto, esta sugestão não será integralmente acatada, sendo certo que, a partir de 1 de janeiro de 2014, o procedimento para troca de informações atenderá ao padrão TISS.

Sugestões acerca do tipo infrativo acrescido

Várias contribuições mencionaram tal tema, conforme se apreende abaixo:

Correção de erro material, pois o artigo 4º da proposta de Resolução traz em sua redação a criação do parágrafo único ao artigo 74 da RN 124/2006.

Divergência de informações. A penalidade a ser incluída na RN 124 deve ser alocada no art.74 da RN nº 124 como prevê o art. 4º da minuta de RN e não no art. 86-A como prevê a ementa e o art. 1º da minuta de RN.

Notamos um possível equívoco em relação à penalidade prevista.Vejamos: Inicialmente, a norma estabelece que o artigo 86-A será acrescentado à Resolução Normativa RN nº 124 de 30/03/2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. No entanto, o artigo 4º informa que o artigo 74 da mesma resolução passará a vigorar acrescido de parágrafo único prevendo a penalidade. Nesses termos esperamos contribuir para a publicação.



E COM RELAÇÃO A MULTA NÃO SEI NO QUE VOCÊS ESTÃO SE BASEANDO PARA O VALOR DA MULTA, MAS ACHO QUE O VALOR DEVE SER BEM ACIMA AO PROPOSTO DE R\$ 30.000,00. QUE TAL R\$ 100.000,00?

Na realidade, efetivamente ocorreu um erro material na minuta submetida à Consulta Pública, situação que gerou diversas sugestões de alteração no texto, devidamente contempladas.

Efetivamente, a proposta busca acrescentar um parágrafo único ao art. 74 da RN nº 124/2006, a fim de majorar a pena pecuniária constante do mesmo art. 74.

Ademais, o parágrafo único acrescido será enquadrado como um tipo específico, a fim de contemplar as hipóteses de não fornecimento ao beneficiário da informação acerca da negativa de cobertura.

Quanto ao valor da pena, a mesma foi estipulada com base na razoabilidade e proporcionalidade do importe das multas dispostas no texto da RN nº 124/2006, sendo certo que não existirá a possibilidade de aplicação de pena de advertência, tendo em vista que a ausência de prestação da informação por parte da operadora não preencherá os requisitos dispostos nos arts. 5º e 8º da RN nº 124/2006, imprescindíveis para aplicação de advertência.

Nesse sentido, as sugestões foram adotadas em parte, a fim de corrigir o erro material constante da minuta submetida à Consulta Pública.

Esclarecimento sobre os médicos aptos a solicitar o procedimento

Segue abaixo exemplo de contribuição recepcionada sobre o tema:

Após médico assistente, inserir "seja credenciado a operadora ou não", de forma a não dar dúvidas a interpretação. Entendo que parece redundante, pois as operadoras sabem que não podem negar um procedimento, face o médico

não ser seu credenciado, mas em virtude da prática de mercado, acho necessário tal redundância.

Analisando o teor da sugestão, não cabe outra solução senão adotá-la.

Na realidade, embora seja patente que a solicitação do procedimento pode ser realizada pelo médico credenciado ou não da operadora – inclusive existindo previsão na CONSU nº 08/98 sobre o tema – para evitar quaisquer ambigüidades ou problemas na aplicação do normativo, evidencia-se a necessidade de deixar expresso tal entendimento.

Dessa forma, a contribuição sobre esse tema merece ser adotada.

Aplicação do normativo em relação às operadoras odontológicas

Foram recepcionadas contribuições questionando sobre a aplicação do normativo às operadoras odontológicas, a saber:

Deve-se deixar claro que a norma não atinge as operadoras de planos de segmentação exclusivamente odontológica (...)

Deve-se deixar claro que a norma não atinge as operadoras de planos de segmentação exclusivamente odontológica. O prazo em horas é de difícil controle, e deve ser mais elástico. E ainda, que esse prazo tenha início a partir do requerimento do beneficiário.

Nesse rumo de ideias, cabe trazer à baila que o normativo em questão aplica-se às operadoras que operam no ramo da odontologia, sendo certo que eventual negativa de cobertura deverá ser informada ao beneficiário de acordo com os termos descritos no normativo em tela.

Prazo diferenciado na hipótese de constituição de junta médica

Especificamente sobre esse tema, várias sugestões foram recebidas, notadamente solicitando prazo diferenciado para a informação ao beneficiário quando houve constituição de junta médica:



Incluir dispositivo estabelecendo que na hipótese de realização de junta médica que conclua pela negativa do procedimento, o prazo para comunicar a eventual negativa deve ser contado, a partir da conclusão da junta médica.

No caso de necessidade de junta médica conforme CONSU nº. 8 de 3 de novembro de 1998 faz-se necessária a previsão, pois não constando, terá de ser realizada dentro do prazo previsto na resolução, não sendo possível a realização dentro de proposto.

Sobre o assunto, cabe frisar que, caso a operadora decida pela constituição de junta médica, ainda assim os prazos máximos da RN nº 259/2011 deverão ser cumpridos em sua integralidade.

Enfatize-se por importante: mesmo que haja constituição de junta médica, as operadoras deverão observar os prazos máximos dispostos na RN nº 259/2011.

Dessa feita, não se afigura razoável e proporcional a diferenciação de prazo quanto à prestação de informação ao beneficiário sobre negativa de cobertura no caso de constituição de junta médica.

Vale frisar: ao término da junta médica – que deverá ocorrer dentro dos prazos máximos dispostos na RN nº 259/2011 – a operadora terá o motivo ou razão para a negativa de cobertura, devendo informá-la ao beneficiário.

Portanto, não existe razão para acatamento dessas sugestões.

Contribuições acerca do prazo de prestação de informação ao beneficiário

Diversas sugestões sobre majoração ou diminuição do prazo de prestação de informação ao beneficiário foram recebidas, a saber:

A alteração será devida, visto que não há como indicar a cláusula contratual ou dispositivo legal no prazo de 48 horas, visto que a visualização do contrato muitas vezes depende da busca no arquivo externo. Logo, deve ser de no mínimo 5 (cinco) dias.

Aumentar o prazo para retorno por parte das Operadoras, uma vez que 48 horas é um prazo muito enxuto.

Há diversos casos em que o procedimento não foi negado, mas ainda está em fase de autorização e o beneficiário reclama por desejar a resposta imediata, quando se faz necessário avaliar o pedido e os materiais nele envolvidos.

O prazo máximo deveria ser de 03 (três) dias úteis a contar da data da negativa, pois os trâmites internos das operadoras e os volumes de vidas impedem um prazo menor.

(...) Há diversos casos em que o procedimento não foi negado, mas ainda está em fase de autorização e o beneficiário reclama por desejar resposta imediata, quando se faz necessário avaliar o pedido e os materiais nele envolvidos.

Entendemos ainda que o prazo para a resposta ao consumidor deverá ser de 24 (vinte e quatro) horas, haja vista a essencialidade do serviço de assistência à saúde. Tal prazo justifica-se na possibilidade do consumidor recorrer, o quanto antes, ao Poder Judiciário, aos órgãos de defesa do consumidor e/ou a esta Agência a fim de buscar a tutela de seus direitos.

No que pertine ao tema, vale frisar que o prazo de 48 (quarenta e oito) horas para prestação de informação ao beneficiário será contado a partir do momento em que forem reconhecidas, por parte da operadora, a legalidade e legitimidade da negativa de cobertura.

Sempre observando os prazos máximos dispostos na RN nº 259/2011, caso a operadora conclua pela negativa de cobertura, a mesma terá condições suficientes para informar a razão ou argumento no prazo de 48 (quarenta e oito) horas contados da negativa, a qual será cientificada ao beneficiário e, caso esse solicite, será enviada por carta ou correio eletrônico.

Na proposta encaminhada pelo CNJ a esta Agência, o prazo de comunicação ao beneficiário seria de 72 (setenta e duas) horas.



Não obstante, a Diretoria Colegiada desta Agência decidiu por realizar uma pequena redução neste prazo, a fim de que a operadora, já sabedora dos motivos quando da negativa de cobertura, efetue a devida comunicação ao beneficiário no prazo de 48 (quarenta e oito) horas.

Portanto, o prazo de 48 (quarenta e oito) horas serve unicamente para cumprimento dos trâmites burocráticos por parte da operadora, uma vez que a mesma já é conhecedora do porquê da negativa de cobertura.

Vale enfatizar que toda e qualquer negativa deverá ser informada de forma detalhada, clara e adequada ao beneficiário.

Por todo o exposto, sugere-se a manutenção do prazo de 48 (quarenta e oito) horas para comunicação ao beneficiário a partir da negativa de cobertura.

Sigilo médico na prestação de informação

No que diz respeito à prestação da informação aos beneficiários, várias contribuições foram recebidas versando sobre sigilo médico, a saber:

Nota-se portanto, que o modus operandi para o cumprimento da Norma deve ser bastante criterioso, de modo resguardar o direito ao sigilo médico do beneficiário. A minuta apenas alude que, se solicitado pelo beneficiário, a operadora deverá enviar a comprovação da comunicação.

O texto fala em beneficiário ou interessado. Contudo, de acordo com o artigo 2º, somente o beneficiário será informado detalhadamente acerca dos motivos da negativa. Considerando o dever de sigilo imposto às operadoras, propõe-se que seja excluída a expressão interessado ou alternativamente que ela seja substituída por procurador regularmente constituído por instrumento público.

Em virtude da confidencialidade e sigilo das informações é necessário esclarecer quem poderá solicitar as informações. A operadora somente poderá enviar esta informação para o próprio beneficiário interessado ou seu responsável legal.

Muitas vezes o beneficiário possui limitações físicas, mentais ou sociais, e por isso ele é representado por familiares ou pelo médico assistente que solicita o procedimento. Desta forma os interessados também deverão ser informados sob pena de multa.

Nessa seara, tendo por base a preocupação desta Agência com a preservação do sigilo médico, verificou-se a necessidade de dar tratamento diferenciado quanto ao solicitante da informação.

Quando o pedido da justificativa da negativa de cobertura for originário do beneficiário, a informação será prestada de forma imediata.

Não obstante, quando a solicitação advir de um interessado ou do representante legal, as operadoras, no momento da prestação da informação, deverão observar o sigilo médico.

Importante frisar que a possibilidade de solicitação por parte do interessado ou do representante legal é fundamental, especialmente para dar cumprimento ao princípio da informação nos casos em que o beneficiário estiver impossibilitado de solicitar e receber a justificativa.

Obviamente que o princípio da informação não pode ser analisado de forma irrestrita, sem que seja observado o sigilo médico com relação a outras pessoas senão o beneficiário, como o interessado ou representante legal.

Nesse sentido, a fim de reconhecer a importância do sigilo médico, as contribuições foram acatadas em parte, a fim de diferenciar a prestação de informações aos beneficiários e aos interessados e representantes legais.

Utilização de termos técnicos na prestação de informação

Sugestões questionaram o termo “linguagem clara”, argumentando que seria necessária a previsão de que algumas negativas possam ser justificadas através de termos técnicos, como disposto no exemplo abaixo:



Por último, além da cláusula contratual e da legislação, a negativa pode ser decorrente de questão técnica, pelo que sugerimos seja acrescentada esta hipótese ao dispositivo.

Sobre o tema, vale endossar que o escopo do normativo, em atenção ao princípio da informação, é o de regulamentar o modus operandi da prestação de informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização dos procedimentos solicitados pelo médico assistente.

Sabe-se de sobejo que a maioria dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde não detém conhecimento técnico dos termos utilizados nas ciências do direito e da medicina, sendo certo que, para que seja integralmente cumprido o princípio da informação, a comunicação feita pela operadora deve ser clara e adequada, além de desprovida de termos técnicos.

Eventuais discussões técnicas podem e devem ser resolvidas no seio das juntas médicas, sendo importante informar ao beneficiário, de forma completa e de fácil assimilação, as justificativas e os porquês da negativa de cobertura.

Dessa feita, a minuta submetida à consulta pública não merece reparos quanto a esse tema.

Urgência e emergência

No que concerne ao assunto, foram recepcionadas as mais diversas sugestões, a saber:

Alterar o prazo de comunicação da negativa de 48 (quarenta e oito) horas para 2 (dois) dias úteis, haja vista que, nos casos de urgência e emergência não há exigência de autorização prévia, sendo certo que, os procedimentos abrangidos pela norma são aqueles considerados eletivos, não havendo prejuízo ao consumidor eventual dilação de prazo. Considerar ainda que, as negativas de procedimento dependem de análise de médico avaliador e que hoje, as Operadoras não possuem Aud. Médicas funcionando 24hs.

Urgência e emergência não há exigência de autorização prévia.

Notamos uma possível divergência no que se refere ao atendimento de urgência e emergência. Na Exposição de Motivos, temos que nos atendimentos de urgência e emergência NÃO será possível qualquer negativa de autorização. No entanto, na Minuta de RN, o parágrafo único do artigo 4º prevê que nos casos de urgência e emergência a comunicação deverá ser imediata, contrariando, assim, os termos previstos na exposição de motivos. Sendo assim esperamos elucidar questão e contribuir para a publicação da RN.

Nos casos de urgência e emergência não poderá haver qualquer tipo de negativa, caso contrário estamos afrontando o art. 12, V, "c" e o art. 35-C, II da lei 9656/98. Se a norma quer fazer referência aos casos em que o beneficiário está em cumprimento de carência, deve detalhar melhor o texto, fazendo alusão inclusive a necessária remoção do beneficiário para o SUS.

Para risco emergencial, não é necessário qualquer procedimento administrativo (Lei 12.653/12). Para as demais urgências/emergências, a Consu 8 menciona que a autorização deverá ocorrer em menos de 1 dia útil, o que não significa que tenha de ser no exato momento em que a operadora tenha conhecimento do pedido, até porque necessita apreciá-lo, principalmente quando envolve materiais. A negativa ser imediata não é coerente com a exigência da resposta ser por email ou correspondência.

Como classificar a divergência técnica? A RN deveria tratar desses casos.

Após análise das contribuições e tendo por base os argumentos apresentados na Exposição de Motivos, a redação do parágrafo sobre urgência e emergência sofreu profunda alteração, a fim de deixar claro que é proibida a negativa de cobertura, em casos de urgência e emergência, devendo ser observada a legislação vigente sobre o assunto.

Utilização do padrão TISS na prestação de informações

Sobre a utilização do padrão TISS na comunicação das negativas de cobertura, várias sugestões foram recebidas:

A norma não prevê estas situações e hoje em cumprimento ao Padrão TISS, muitas autorizações acontecem de forma eletrônica como: consultas, exames simples, dentre outros.

Para que o beneficiário tenha um conjunto de informações de forma padronizada, é oportuna a criação de uma minuta de comunicação definida pelo



órgão regulador, isso facilita o atendimento à norma, a redação pelas operadoras e a fiscalização pela ANS.

A sugestão da Federação que a norma contenha conceitos, identifique alguns processos, ou, ao menos, os principais desdobramentos desta operação, alguns dos quais serão apenas mencionados neste documento, pois seus fluxos são extensos e, obviamente, variáveis conforme as rotinas estabelecidas em cada operadora.

De modo análogo, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES apresentou Nota Técnica, a fim de expor argumentos para que a troca de informações sobre negativa de cobertura obedecesse ao padrão TISS.

Nesse rumo de ideias, a Diretoria Colegiada decidiu por acatar as sugestões, dispondo que, a partir de 1 de janeiro de 2014, prestação das informações quanto às negativas de cobertura deverá atender ao padrão TISS, sendo certo que o direito dos beneficiários de terem acesso a essas informações não sofrerá qualquer redução ou mitigação.

A utilização do padrão TISS visa inclusive esquadriñar para as operadoras a melhor forma de comunicação aos beneficiários da informação acerca da negativa de cobertura, visto que já possui padronização de mensagens de trocas de informações.

Fornecimento de protocolo de atendimento

Entre as contribuições da Consulta Pública, várias delas disseram respeito à comunicação entre beneficiário e operadora, sugerindo a utilização de um protocolo de atendimento:

Caso não haja a obrigatoriedade do fornecimento de um número de protocolo, o consumidor não conseguirá acompanhar e exigir o cumprimento do prazo estabelecido para envio da comunicação dos motivos da negativa.

Um número de protocolo facilitaria posterior solicitação como citado no artigo 3o ou ainda contestação junto a ANS.

Sem um protocolo do atendimento ou da solicitação constando a data do recebimento e a solicitação correta, fica impossibilitada a Operadora em cumprir o envio dentro do prazo estipulado, pois não saberá o termo inicial. As justificativas por escrito devem ser solicitadas pelos beneficiários via protocolo de atendimento, haja vista que a norma estabelece que, quando solicitado pelo beneficiário deve ser enviada a comprovação da comunicação da negativa, por correspondência ou por meio eletrônico. A operadora só conseguirá comprovar o cumprimento desta obrigação se o beneficiário registrar mediante protocolo seu pedido por escrito.

É imprescindível que o beneficiário abra um protocolo na operadora, para nos certificarmos que realmente houve a manifestação/solicitação formal pois é impossível mensurar todas as "negativas" automáticas do sistema.

Estabelecer que o pedido de comunicação por escrito ou eletrônico deve ser feito pelo beneficiário a Operadora, mediante registro de protocolo de atendimento, pois de outra forma, a Operadora não terá como provar se houve ou não pedido do beneficiário.

Vale frisar que a RN nº 259/2011, em seu art. 10-A, já prevê o fornecimento de um número de protocolo quando o beneficiário entra em contato com a operadora.

Nessa seara, afigura-se razoável trazer previsão análoga ao presente normativo, especialmente porque a comunicação entre o beneficiário e sua operadora será facilitada e simplificada com o fornecimento de um protocolo de atendimento.

Através do protocolo, ficará mais simples ao beneficiário comprovar a solicitação da justificativa para a negativa de cobertura, como também trará maior segurança à operadora, que poderá comprovar o envio da justificativa ao beneficiário.

Por todo o exposto, as contribuições trazidas pela Consulta Pública foram acatadas no sentido de constar a exigência do fornecimento do número de protocolo pelas operadoras.



Interpretação do normativo quanto à prestação de informação ao beneficiário

Contribuições questionaram a interpretação do normativo em questão, especialmente quanto à necessidade de prestação de informação por escrito ao beneficiário:

É desarrazoado a comunicação formal para todas as negativas efetuadas pelo plano ao beneficiário, visto as dificuldades de operacionalização desse tipo de correspondência. Além disso, o médico assistente do paciente já recebe as informações quanto à negativa do procedimento, inexistindo, portanto, a necessidade de dupla comunicação. Diante disso, o mais factível e condizente com as normas da lei 9656 seria a obrigatoriedade de prestar esclarecimentos quando solicitado pelo beneficiário

É necessário que sejam entregues por escrito somente as negativas solicitadas pelos beneficiários, uma vez que seria inviável a entrega por escrito de todas as negativas, com comprovação do comunicado.

O beneficiário deverá formalizar o pedido de comprovação da negativa de cobertura.

Sugerimos a alteração para que o comprovante da negativa seja sempre entregue ao consumidor, e não apenas mediante solicitação (...)

Sobre o tema, vale fazer algumas observações.

Segundo a minuta proposta, o art. 2º visa obrigar a prestação de informações pelas operadoras quando houver negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista.

Já o art. 3º objetiva exigir que a operadora forneça a comprovação da prestação dessa informação ao beneficiário, por correspondência ou por meio eletrônico, conforme sua escolha.

Resumindo: o art. 2º estabelece uma obrigação e o art. 3º esclarece a forma como se dará a comprovação de que efetivamente prestou essa informação, **caso o beneficiário o exija**.

Quando um beneficiário faz uma solicitação, a operadora tem prazos máximos para liberar – ou negar – aquele pedido. Os prazos estão dispostos na RN nº 259/2011.

Caso a operadora não responda no prazo, já está configurada a negativa de cobertura, mesmo que não preste qualquer informação ao beneficiário.

Com isso, o pedido de qualquer procedimento resulta em duas soluções possíveis para a operadora: ou nega no prazo disposto na RN nº 259/2011, dando as pertinentes informações no prazo de 48 (quarenta e oito) horas contados da negativa; ou simplesmente fica inerte durante o prazo máximo de atendimento, configurando, assim, a infração de negativa de cobertura.

Tal prova cabe exclusivamente à operadora, que tem à sua disposição o caminho de negar o procedimento no prazo da RN nº 259/2011, prestando as devidas informações ao beneficiário, ou optar por sequer responder a liberação do procedimento no prazo máximo, configurando, de plano, uma negativa de cobertura.

Cobrança dos custos pela prestação de informação aos beneficiários

Diversas sugestões do mercado regulado solicitaram que o beneficiário ficasse responsável pelo pagamento das custas com o envio das justificativas de negativas de cobertura:

Nos casos em que o beneficiário solicitar a comunicação por correspondência, ser-lhe-á cobrado os custos com correios.



(...) Para que a operadora possa comprovar a entrega do comunicado de negativa, terá de despender recursos com AR. Portanto, caso o beneficiário opte por esse meio, caberia à norma definir a obrigatoriedade de arcar com seus custos, em analogia ao previsto na Lei de Acesso à informação (12.527/11) aplicada aos órgãos públicos.

Importante trazer à baila que não parece razoável e proporcional a cobrança dos custos da comunicação aos beneficiários, com o intuito de dar azo a um direito do consumidor, i.e., a informação.

De forma análoga, o normativo passa a exigir o fornecimento de um número de protocolo, sendo certo que esse custo deverá entrar no bojo dos gastos administrativos da própria operadora, não sendo razoável cobrá-los diretamente ao beneficiário.

Ademais, as operadoras têm conhecimento do procedimento de notificação de seus beneficiários de planos individuais/familiares quando estes estão com débitos vencidos - em atendimento à determinação constante do art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei 9.656/98 - quando devem despender gastos para efetivar tal comunicação.

Quanto à possibilidade de retorno negativo da comprovação da notificação, sabe-se de sobejo que, consoante a Resolução Normativa – RN nº 295/2012, a operadora é responsável pela manutenção do cadastro atualizado de seus beneficiários junto a esta Agência.

De acordo com a redação do art. 3º da RN nº 295/2012, a operadora deve manter os dados cadastrais de seus beneficiários atualizados, corretos e fidedignos junto a ANS, sendo certo, assim, que a operadora não deverá enfrentar problemas no cumprimento do disposto no presente normativo, quando o beneficiário assim solicitar.

Pelo exposto, as contribuições nesse sentido não deverão ser acatadas.

Inclusão da expressão "cirurgião dentista"

Por intermédio da consulta pública, foram recebidas sugestões para inclusão da possibilidade de que os pedidos possam feitos por cirurgiões dentistas, como exemplificado abaixo:

A norma menciona solicitação de pedido de medico assistente, o que não existe em operadoras odontológicas cujos pedidos são realizados por cirurgiões dentistas.

Nesse sentido, a fim de deixar mais claro o texto do normativo, bem como para evitar eventuais ambigüidades em sua aplicação, a contribuição foi acatada, a fim de incluir que os procedimentos podem ser solicitados por cirurgiões dentistas.

Justificativa da negativa de cobertura

Algumas contribuições recebidas questionaram a possibilidade de que as negativas possam ser injustificadas, a saber:

(...) Nem sempre será possível a fundamentação da negativa pautada na cláusula contratual ou no dispositivo legal, devido ao avanço científico e tecnológico da medicina, pois a todo o momento surgem novas técnicas, novos procedimentos e novos métodos de investigação de diagnóstico, sendo pertinente valorizar a análise técnica fundamentada na boa prática médica.

Importante ressaltar que qualquer negativa de cobertura deve ser consubstanciada em uma fundamentação técnica ou contratual, trazendo sempre uma justificativa razoável e proporcional.

Vale enfatizar que o normativo em questão, na medida em que dá cumprimento ao princípio da informação, obriga a total transparência no relacionamento entre operadora e beneficiário, notadamente para que este último seja indubitavelmente cientificado dos porquês das eventuais negativas de cobertura.



Portanto, o normativo visa exatamente trazer transparência total no relacionamento entre o beneficiário e a operadora, a fim de que toda e qualquer negativa de cobertura seja indubitavelmente comunicada ao beneficiário e, caso assim solicitar, encaminhada por escrito.

Comunicação de todas as negativas de cobertura a ANS

Foram apresentadas sugestões acerca da necessidade de que toda e qualquer negativa de cobertura seja informada a ANS, a saber:

Sugiro ainda que a RN acrescente a necessidade da operadora informar também à ANS toda negativa de cobertura ocorrida, nos mesmos termos informados ao beneficiário, visando subsidiar qualquer intervenção necessária por parte da ANS.

Ainda, entendemos que a redação do artigo em questão seja alterada de forma a incluir a obrigação de envio, pela operadora, de todas as negativas realizadas para a ANS, de forma que a Agência possa tomar as medidas administrativas cabíveis, tais como a instauração de Notificação de Investigação Preliminar (NIP), para interceder no conflito entre consumidor e operadora.

Obviamente que o papel fiscalizatório que esta Agência exerce é fundamental para a sustentabilidade do setor de saúde suplementar.

O normativo em questão, ao fortalecer o princípio da informação, faz como que o beneficiário fique mais consciente de seus direitos e deveres, notadamente por saber as justificativas das negativas de cobertura perpetradas pela operadora.

Nesse sentido, não se afigura razoável exigir que toda e qualquer negativa de cobertura seja previamente comunicada a esta ANS, especialmente porque, *via de regra*, a negativa de cobertura será consubstanciada em argumentos factíveis contratuais e/ou legais.

Entretanto, quando a justificativa da negativa de cobertura não obedecer aos ditames do normativo, inexistente impedimento para que o beneficiário entre em contato com esta Agência, a fim de questionar se o procedimento adotado pela operadora está de acordo com a legislação do setor.

Para tanto, o beneficiário poderá entrar em contato com o Disque ANS, no telefone 0800 701 9656, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados nacionais, das 8h às 20h, canal preparado para agilizar o atendimento face às reclamações sobre quaisquer indícios de infrações à regulação do setor de saúde suplementar.

Em adição, a ANS possui 12 (doze) núcleos espalhados em todo o Brasil, com os endereços constantes do link: <http://www.ans.gov.br/index.php/aans/nossos-enderecos>.

Além disso, o beneficiário poderá exercer seu legítimo direito de buscar a tutela jurisdicional, conforme previsão do inciso XXXV do art. 5º da Constituição da República.

Portanto, entende-se não ser razoável a inclusão de dispositivo obrigando que haja comunicado obrigatório a esta ANS de todo tipo de negativa de cobertura perpetrada pela operadora.

Prazo de adequação ao normativo

Em relação ao prazo de adequação e de vigência da norma, diversas contribuições foram recebidas através da Consulta Pública, a saber:

Sugerimos um prazo de 180 dias para adequação a norma, visando adequação do sistema operacional e processos internos e externos da operadora.

O período de vacância solicitado é imprescindível para os ajustes operacionais necessários ao cumprimento da norma.



Verificada a necessidade de concessão do prazo de 60 (sessenta) dias para as operadoras de planos de saúde promoverem as adaptações operacionais necessárias ao cumprimento da Resolução Normativa.

As operadoras não têm sistemas preparados para dar respostas longas, detalhadas e imediatas. É preciso conceder prazos exequíveis para preparar os sistemas e mecanismos de fazê-lo, treinar, etc.

Efetivamente, embora a minuta do normativo em questão tenha sido precedida de Consulta Pública que se estendeu por 30 (trinta) dias, afigura-se razoável a estipulação de um período de vacatio legis, a fim de que as operadoras de planos privados de assistência à saúde possam estabelecer e criar mecanismos de adequação.

Para tanto, entendeu-se razoável e proporcional o prazo de 60 (sessenta) dias, especialmente porque tal prazo apenas será utilizado para adequação dos procedimentos burocráticos das operadoras.

Face ao exposto, entende-se que o prazo de 60 (sessenta) dias é razoável para o início da vigência do normativo em análise.

IV – MINUTA FINAL DO NORMATIVO

Portanto, após a realização da Consulta Pública e a respectiva análise das contribuições e sugestões recebidas, a minuta foi submetida à deliberação da Diretoria Colegiada em suas 361ª e 362ª Reuniões Ordinárias, sendo mister trazer à baila as principais alterações efetivadas.

Primeiramente, foram corrigidos os erros materiais quanto à criação de tipo normativo na RN nº 124/2006, bem como incluída a possibilidade de que o cirurgião dentista possa solicitar a realização de procedimentos.

Outrossim, ficou claro que o médico ou cirurgião dentista que solicite o procedimento poderá ser credenciado ou não à operadora, a fim de deixar

latente que a falta de credenciamento não constituirá argumento para a negativa de cobertura.

O art. 2º da minuta sofreu profundas alterações, a fim de contemplar que as operadoras, no atendimento aos beneficiários, deverão observar os prazos máximos de atendimento dispostos no art. 2º da RN nº 259/2011.

Ademais, o outrora parágrafo único do art. 2º foi alterado a fim de coadunar com a Exposição de Motivos, deixando claro que será proibida qualquer negativa de cobertura nos casos de urgência e emergência, devendo ser respeitada a legislação em vigor.

Em adição, foi incluído um novo parágrafo ao art. 2º, a fim de esclarecer que, a partir de 1 de janeiro de 2014, a prestação da informação deverá atender ao Padrão TISS, disciplinado pela RN nº 305/2012.

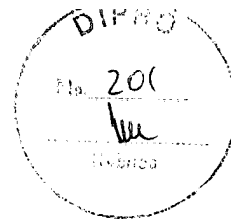
O art. 3º da minuta foi alterado, a fim de consignar que a prestação de informação ao interessado ou representante legal deverá respeitar o sigilo médico.

Por fim, tendo por base as contribuições trazidas pela Consulta Pública, foi incluído dispositivo prevendo a obrigatoriedade de fornecimento de protocolo de atendimento pelas operadoras.

Além disso, estipulou-se o prazo de 60 (sessenta) dias a título de vacatio legis para entrada em vigor do normativo.

V – CONCLUSÃO

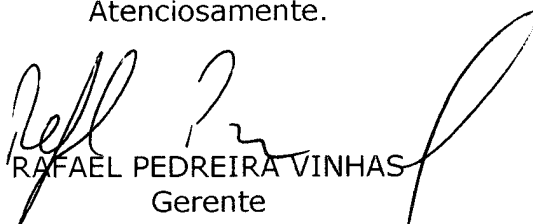
Após análise de todas as contribuições recebidas na Consulta Pública nº 51/2012, que revelou a participação da sociedade e do setor regulado, foram realizadas as adequações julgadas pertinentes.



Apresenta-se anexa nova minuta de Resolução Normativa, com e sem as marcas de alteração em relação à submetida à Consulta Pública (Anexo C).

Face ao exposto, apresentados os argumentos técnicos para a edição do normativo delineado, recomenda-se o envio dos presentes autos à Gerência de Consultoria Normativa – GECOS, da Procuradoria Federal Junto à ANS – PROGE, para análise de adequação jurídica da proposta anexa, a fim de que, posteriormente, a minuta seja aprovada pela Diretoria Colegiada e publicada no Diário Oficial da União.

Atenciosamente.



RAFAEL PEDREIRA VINHAS
Gerente
Assessoria Normativa dos Produtos/DIPRO

De acordo em 21/01/2013. Encaminhe-se à GECOS/PROGE.



CARLA DE FIGUEIREDO SOARES
Diretora Adjunta da DIPRO/ANS

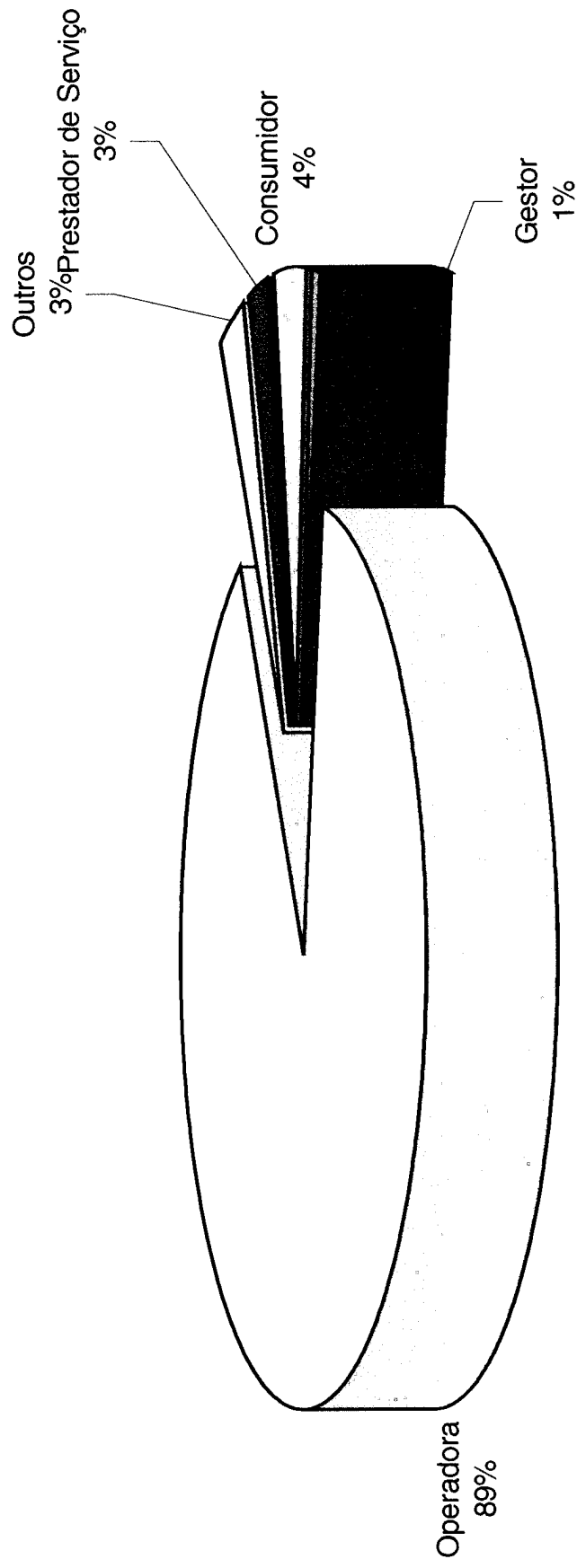
22 03 13
↑



ANEXO A

Consulta Pública 51

CONTRIBUIÇÕES RECEBIDAS POR TIPO DE CONTRIBUINTE



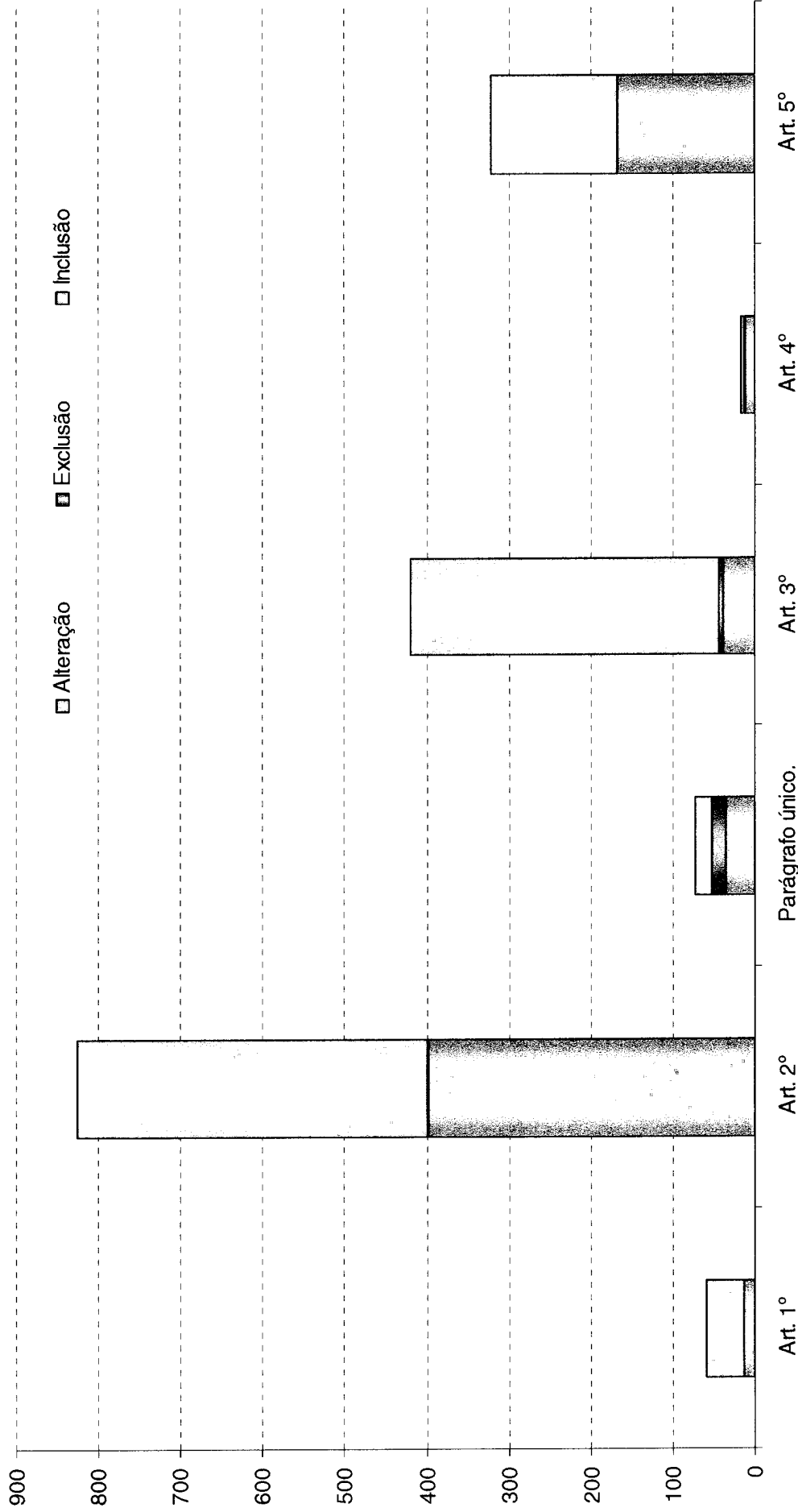
Consulta Pública 51

CONTRIBUIÇÕES RECEBIDAS POR TIPO DE CONTRIBUINTE

	Consumidor	Gestor	Operadora	Prestador de Serviço	Outros	Total
Alteração	23	9	611	11	10	664
Exclusão	2		22	1	2	27
Inclusão	46	12	890	33	43	1024
Total	71	21	1523	45	55	1715

Consulta Pública 51

CONTRIBUIÇÕES RECEBIDAS POR ARTIGO



Consulta Pública 51

CONTRIBUIÇÕES RECEBIDAS POR ARTIGO

	Art. 1º	Art. 2º	Parágrafo único.	Art. 3º	Art. 4º	Art. 5º	Total
Alteração	13	398	36	39	11	167	664
Exclusão		2	17	5	2	1	27
Inclusão	47	426	19	375	4	153	1024
Total	60	826	72	419	17	321	1715



ANEXO B



ANEXO C



PROPOSTA ATUALIZADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº XXX, DE XX DE XXXXXXXX DE 20122013

Dispõe sobre a informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista ~~médico assistente~~ e acrescenta ~~o~~ parágrafo único ao artigo 86-A74 da Resolução Normativa – RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos XV, XXIII, XXIV e XXIX do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em XX de XXXXXXXX de 20123, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente Interino, determino a sua publicação.

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN dispõe sobre o atendimento a ser dispensado aos beneficiários, por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, quando houver negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, credenciado ou não; e acrescenta parágrafo único ao art. 86-A74 da RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º ~~Quando~~ Quando houver qualquer negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente credenciado ou não, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, e no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contados da negativa, o motivo da negativa ~~ausência~~ de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.

§1º. Para atendimento ao beneficiário, deverão ser obedecidos os prazos máximos dispostos no art. 2º da Resolução Normativa – RN nº 259, de 17 de junho de 2011, alterada pela RN nº 268, de 02 de setembro de 2011.

§2º. ~~Parágrafo único. É proibida a negativa de cobertura para os~~ Nos casos de urgência e emergência, ~~respeitada a legislação em vigor, a comunicação deverá ser imediata.~~

§3º. Sem prejuízo do disposto no ~~caput~~ deste artigo, a partir de 1 de janeiro de 2014 a prestação da informação deverá atender ao Padrão TISS, disciplinado pela Resolução Normativa – RN nº 305, de 5 de outubro de 2012, e suas alterações posteriores.

Art. 3º Sempre que o beneficiário ~~ou interessado solicitar,~~ ser-lhe-á enviada a comprovação da comunicação de que trata o ~~caput~~ de art. 2º, por correspondência ou por meio eletrônico, conforme sua escolha.

Parágrafo único. O interessado ou representante legal poderá solicitar a comprovação prevista no ~~caput~~ deste artigo, devendo ser respeitado o sigilo médico.

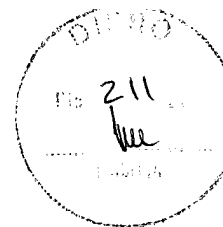
Art. 4º. Para efeito de cumprimento dos disposto nesta RN, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão fornecer número de protocolo gerado por seus serviços de atendimento ao consumidor.

Art. 54º O art. 74 da RN nº 124, de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

*Art. 74.....
.....*

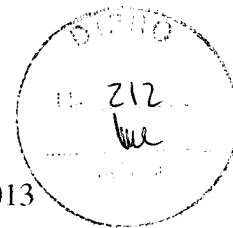
Parágrafo único. Na hipótese da operadora deixar de informar ao beneficiário, na forma estabelecida pela regulamentação da ANS, os motivos da negativa de autorização do acesso ou cobertura previstos em lei, a multa será aumentada para R\$30.000,00 (trinta mil reais).

Art. 56º Esta Resolução Normativa entra em vigor ~~na data de sua publicação.~~ 60 (sessenta) dias após a data de sua publicação.



ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO MAURICIO CESCHIN
Diretor – Presidente Interino

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº XXX, DE XX DE XXXXXXXX DE 2013



Dispõe sobre a informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista e acrescenta parágrafo único ao artigo 74 da Resolução Normativa – RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos XV, XXIII, XXIV e XXIX do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em XX de XXXXXXXX de 2013, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente Interino, determino a sua publicação.

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN dispõe sobre o atendimento a ser dispensado aos beneficiários, por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, quando houver negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista, credenciado ou não; e acrescenta parágrafo único ao art. 74 da RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º Quando houver qualquer negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista, credenciado ou não, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, e no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contados da negativa, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.

§1º Para atendimento ao beneficiário, deverão ser obedecidos os prazos máximos dispostos no art. 2º da Resolução Normativa – RN nº 259, de 17 de junho de 2011, alterada pela RN nº 268, de 02 de setembro de 2011.

§2º É proibida a negativa de cobertura para os casos de urgência e emergência, respeitada a legislação em vigor.

§3º Sem prejuízo do disposto no **caput** deste artigo, a partir de 1 de janeiro de 2014 a prestação da informação deverá atender ao Padrão TISS, disciplinado pela Resolução Normativa – RN nº 305, de 5 de outubro de 2012, e suas alterações posteriores.

Art. 3º Sempre que o beneficiário solicitar, ser-lhe-á enviada a comprovação da comunicação de que trata o art. 2º, por correspondência ou por meio eletrônico, conforme sua escolha.

Parágrafo único. O interessado ou representante legal poderá solicitar a comprovação prevista no **caput** deste artigo, devendo ser respeitado o sigilo médico.

Art. 4º Para efeito de cumprimento dos disposto nesta RN, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão fornecer número de protocolo gerado por seus serviços de atendimento ao consumidor.

Art. 5º O art. 74 da RN nº 124, de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

*Art. 74.....
.....*

Parágrafo único. Na hipótese da 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, a multa será aumentada para R\$30.000,00 (trinta mil reais).

Art. 6º Esta Resolução Normativa entra em vigor 60 (sessenta) dias após a data de sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor – Presidente Interino