

Gerência/Diretoria: DIFIS
Protocolo nº 33902. 225653/2015-80
Data: 19/05/15 Hora: 18:19
Assinatura: <i>Gláucia Reis</i>

Nota nº 05/2015/GGAAC/DIFIS/ANS

Rio de Janeiro, 19 de maio de 2015.

**Assunto:** Exposição de Motivos da proposta de Resolução Normativa que dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde - Operadoras no atendimento às solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentadas por beneficiários de planos privados de assistência à saúde – beneficiários.

**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:**

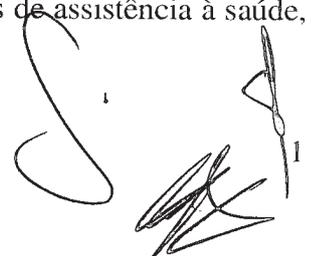
O atendimento que as Operadoras prestam aos seus beneficiários resta indiretamente disciplinado nas Resoluções Normativas – RN nº 259, de 17 de junho de 2011, e 319, de 5 de março de 2013.

A primeira dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, prevendo que a Operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto. (art. 2º).

Ademais, estabelece os prazos máximos em que os atendimentos deverão ser garantidos, os quais podem variar de 3 a 21 dias úteis, exceto nos casos de urgência e emergência, cujo atendimento deve ser imediato. (at. 3º)

Contudo, essa RN 259/2011 entende como atendimento a efetiva assistência à saúde que deve prestar, como sua atividade finalística, a Operadora contratada pelo beneficiário.

A segunda norma citada, qual seja a RN nº 319/2013, 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.

Essa Resolução já trata efetivamente do atendimento dispensado pelas Operadoras aos beneficiários, na acepção disposta na norma ora proposta, que considera atendimento a interação entre o beneficiário e a Operadora, independentemente do originador da interação, efetivada por qualquer dos canais de atendimento por esta disponibilizados àquele.

Todavia, não obstante ter trazido importantes inovações, como o prazo de 48 (quarenta e oito) horas para apresentação de resposta ao beneficiário em caso de negativa de autorização do procedimento solicitado, a possibilidade do beneficiário requerer que a resposta seja reduzida a termo e lhe disponibilizada, bem como a obrigatoriedade do fornecimento de protocolo para atendimentos de tal natureza, entende-se que a RN nº 319/2013 tratou do tema de maneira restrita, insuficiente para o alcance dos resultados esperados.

Nesse sentido, idealizou-se a proposta de Resolução Normativa de que trata esta exposição, a fim de avançar na solução das falhas de mercado identificadas e atingir maiores e melhores resultados no que se refere ao atendimento das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – Operadoras às solicitações de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentadas por beneficiários de planos privados de assistência à saúde – beneficiários, o que é o principal fato gerador das reclamações registradas pela ANS em seus canais de atendimento.

Nesta proposta, visando facilitar a compreensão dos destinatários das normas sobre as regras que regem o atendimento ao beneficiário no âmbito da ANS, foram incorporadas as regras já estabelecidas na RN nº 319/2013 às disposições da proposta ora em comento, revogando aquela.

A citada incorporação ocorreu nos seguintes dispositivos da proposta de norma apresentada:

- Art. 9º e 10: Dispositivo apto a substituir o art. 2º da RN 319/2013, pois este, apesar de prever o prazo de 48h para resposta da Operadora ao beneficiário no caso de negativa de cobertura, o conta a partir da data da resposta. Nesta proposta, a resposta tem que se dar em 5 (cinco) dias úteis, conforme disposição do art. 9º da norma proposta, e, na hipótese de negativa, deve ser apresentada na forma especificada no art. 10 (cuja redação está inspirada no art. 2º da RN 319/2013);

 2

- Art. 9º, §1º e art. 12: Dispositivo apto a substituir o §1º do art. 2º da RN 319/2013;
- Art. 9º, §3º: Dispositivo apto a substituir o §2º do art. 2º da RN 319/2013;
- Art. 12, parágrafo único: Dispositivo apto a substituir o §3º do art. 2º da RN 319/2013;
- Art. 10, parágrafo único: Dispositivo apto a substituir o caput e o §1º do art. 3º da RN 319/2013;
- Art. 2º, parágrafo único: Dispositivo apto a substituir o §2º do art. 3º da RN 319/2013;
- Art. 8º: Dispositivo apto a substituir o art. 4º da RN 319/2013, que exige apenas o fornecimento de nº de protocolo, sem especificar quando, tampouco em que formato;

De acordo com os dados regularmente extraídos do Sistema Integrado de Fiscalização – SIF, aproximadamente 70% (setenta por cento) das demandas de reclamação registradas pelos canais de atendimento da ANS se referem a demandas assistenciais.

Entende-se como demanda de reclamação aquela em que o beneficiário alegue que sua operadora está descumprindo normas legais, regulamentares ou contratuais obrigatórias e pretenda, portanto, que sejam tomadas providências pela ANS.

Como demanda assistencial, entende-se aquela que tem como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial, prevista tanto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, como no instrumento contratual com firmado para prestação do serviço de assistência privada à saúde suplementar entre o beneficiário e a Operadora.

Ocorre que, após o tratamento de tais demandas através do procedimento da NIP – Notificação de Intermediação Preliminar, prevista na Resolução Normativa – RN nº 343, de 17 de dezembro de 2013, mais de 80% (oitenta por cento), em média, são resolvidas, ou seja, a Operadora resolve o problema que motivou o beneficiário a procurar a ANS.

Diante de tais dados, evidencia-se a existência de um problema no atendimento prestado aos beneficiários pelas Operadoras nos casos em que aquele apresenta a esta solicitação para realização de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, haja vista que na análise da grande maioria das reclamações registradas pela ANS se verifica que houve ao menos a autorização para realização do procedimento/serviço solicitado, mesmo que em alguns casos o



3



tenha sido intempestivamente, considerando os prazos máximos de atendimento previstos na Resolução Normativa – RN n° 259, de 17 de junho de 2011.

As causas para a alta incidência de reclamações registradas que, posteriormente, são resolvidas ainda no âmbito da NIP perpassam pela falha na comunicação da Operadora com o seu beneficiário; pela assimetria de informação inerente ao mercado de saúde suplementar, no qual o beneficiário médio desconhece os termos, procedimentos e demais peculiaridades do setor, o que lhe gera insegurança no atuar; comportamento oportunista de algumas Operadoras, que aguardam o beneficiário registrar a reclamação na ANS para só então autorizar a realização do serviço ou procedimento; comportamento oportunista dos beneficiários que já conhecem a dinâmica da NIP e, por isso, procuram a ANS mesmo antes de solicitar autorização para realização do procedimento à Operadora, etc.

Sendo assim, a fim de sanar os problemas identificados, bem como preencher a lacuna regulatória exposta alhures, elaborou-se a presente proposta de RN, que tem como principais finalidades as seguintes:

- prever um rito para o atendimento ao beneficiário nos casos de solicitação de autorização para realização de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial;
- esclarecer quais informações deverão ser prestadas aos beneficiários em tais atendimentos;
- quais canais devem ser disponibilizados aos beneficiários para tais atendimentos, bem como determinações básicas sobre horários de funcionamento, estrutura, localização, divulgação, etc.;
- momento e forma de fornecimento do protocolo de tais atendimentos (1);
- necessidade de registro e arquivamento do atendimento realizado, para eventuais consultas futuras pela ANS;
- os prazos para resposta ao beneficiário, em caso de impossibilidade de fornecimento de resposta imediata, sempre respeitando-se os prazos previstos na RN n° 259/2011;
- a possibilidade de apresentação de requerimento de reanálise da solicitação de autorização para realização do procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, o qual será apreciado pela Ouvidoria da Operadora.



4

Acerca do fornecimento do protocolo de atendimento ao beneficiário, vale ressaltar as importantes inovações trazidas pela norma proposta.

Além da obrigatoriedade do protocolo ser fornecido ao beneficiário como primeira ação do atendimento prestado pela Operadora, independentemente do canal em que esteja sendo prestado o atendimento, há ainda, como aspecto mais relevante, a padronização do formato que devem ter os protocolos de atendimentos fornecidos por todas as Operadoras, indistintamente.

Essa medida visa sanar alguns dos problemas mais recorrentes com os quais se depara rotineiramente a equipe que trata as demandas processadas através do procedimento da NIP, que são:

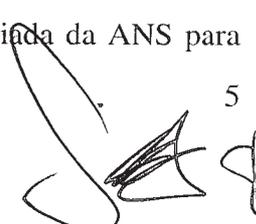
- alegação do beneficiário de que a Operadora se negou a fornecer o número de protocolo de atendimento;
- abertura de demanda em face de outra Operadora, que não a que o beneficiário mantém contrato (muito comum nos casos de beneficiários da Unimed, que acreditam se tratar de uma única Operadora, de carácter nacional, em razão da uniformidade da marca);
- fornecimento, pelo beneficiário ao atendente da Central de Atendimento da ANS, de protocolo incorreto, não adequado ao padrão de sua Operadora;
- impossibilidade de identificar a data do atendimento, bem como a Operadora que o prestou a partir tão somente do número do protocolo.

Sendo assim, através de um estudo empreendido pela equipe da Gerência Geral de Articulação Interinstitucional –GGART, responsável tanto pela Disque ANS, quanto pela NIP, chegou-se a um modelo adequado de formato para o protocolo de atendimento, o qual consta da ficha técnica esposada no anexo I da norma proposta.

Por fim, cumpre ressaltar que a edição do ato normativo proposto encontra fundamento nos arts. 3º, 4º, XV, XXIII, XXIV, XXIX, XXX, XXXVI e XXXVII da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2010.

**II – explicitação da razão de o ato proposto ser o melhor instrumento normativo para disciplinar a matéria;**

Consoante o disposto no art. 86, II, “a” da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, o instrumento segundo o qual se manifesta a Diretoria Colegiada da ANS para



expressar “decisão normativa que regula a implementação da política de saúde suplementar nacional e a prestação dos serviços de assistência suplementar à saúde, inclusive para aprovação ou alteração do Regimento Interno da ANS e para a definição de instrumentos e sistemas de coletas periódicas de informações, e possui alcance interno e externo” é a Resolução Normativa.

Dessa forma, considerando o alcance externo do ato proposto, o impacto regulatório no mercado de saúde suplementar, bem como a definição constante do Regimento Interno da ANS, conforme exposto acima, entende-se ser este o melhor instrumento normativo para disciplinar a matéria.

**III – apontamento das normas legais e infralegais relacionadas com a matéria do ato normativo;**

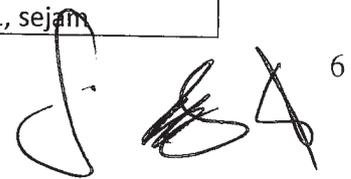
Lei 9.656/98, Lei 9.961/00; Decreto nº 6.532, de 31 de julho de 2008; RN nº 259, de 17 de junho de 2011, e RN nº 319, de 5 de março de 2013 .

**IV – apontamento das normas afetadas ou revogadas pela proposição;**

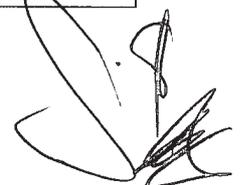
Serão revogados os arts. 2º a 4º da RN nº 319/2013.

**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 319/2013	Proposta RN Atendimento
<p>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.</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 até 5 (cinco) dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário.</p> <p>Art. 10. Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado 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, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.</p>
<p>Art. 2º, §1º. Para atendimento ao beneficiário, deverão ser obedecidos os prazos máximos dispostos no art. 3º da RN nº 259, de 17 de junho de 2011.</p>	<p>Art. 9º, §1º. Nos casos em que os prazos máximos para garantia de atendimento, previstos na Resolução Normativa – RN nº 259, de 17 de junho de 2011, sejam</p>



	<p>inferiores ao prazo previsto no caput, a resposta da Operadora ao beneficiário deverá se dar dentro do prazo previsto nessa RN nº 259/2011.</p> <p>Art. 12. Em qualquer hipótese, o atendimento às solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários às Operadoras deverá ser concluído, nos termos desta Resolução, observando-se os prazos previstos na Resolução Normativa – RN nº 259, de 17 de junho de 2011, .</p>
<p>Art. 2º, §2º. É proibida a negativa de cobertura para os casos de urgência e emergência, respeitada a legislação em vigor.</p>	<p>Art. 9º, §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>Art. 2º, §3º. Sem prejuízo do disposto no caput deste artigo, a partir de 1º de janeiro de 2014 a prestação da informação deverá atender ao Padrão TISS, disciplinado pela RN nº 305, de 5 de outubro de 2012</p>	<p>Art. 12, §u. As informações prestadas em atendimento a esta Resolução deverão observar o Padrão TISS, disciplinado pela RN nº 305, de 5 de outubro de 2012 .</p>
<p>Art. 3º Uma vez cientificado da negativa, o beneficiário poderá solicitar que as informações prestadas na resposta de que trata o art. 2º sejam reduzidas a termo, por correspondência ou por meio eletrônico, conforme sua escolha.</p>	<p>Art. 10, §u. 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 24h.</p>
<p>Art. 3º, § 1º O encaminhamento da resposta por escrito deverá observar o prazo máximo descrito no caput do art. 2º.</p>	<p>Art. 10, §u. 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 24h.</p>
<p>Art. 3º, § 2º O interessado ou representante legal poderá efetuar a solicitação prevista no caput deste artigo, devendo ser respeitado o sigilo médico.</p>	<p>Art. 2º, §u. As regras dispostas nesta Resolução que disciplinam o atendimento ao beneficiário, também se aplicam ao seu representante , respeitado o sigilo médico</p>
<p>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.</p>	<p>Art. 8º Observado o disposto no art. 5º, sempre que houver a apresentação de solicitação procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial pelo beneficiário, independente do canal pelo qual seja realizado ou qual seja a 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 Para os fins desta Resolução, o número de protocolo fornecido pela Operadora ao beneficiário deverá, obrigatoriamente, observar o padrão previsto na ficha técnica constante do Anexo I.</p>
<p>Art. 5º O art. 74 da RN nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:</p> <p>Art.74.</p> <p>Parágrafo único. 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>	

**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;**

Não se trata de hipótese de transformação ou redistribuição de cargos comissionados da ANS.

**VII – indicação da existência de prévia dotação orçamentária, quando a proposta demandar despesas;**

A proposta não demanda despesa, logo não se aplica.

**VIII – indicação da existência de impacto em sistemas de informação no âmbito da ANS;**

Não haverá impactos em sistemas de informação da ANS.

**IX - indicação acerca da urgência para publicação, quando for o caso;**

Neste momento inicial do processo administrativo normativo, ainda não se evidencia urgência para publicação da norma, tendo em vista que esta ainda passará por consulta pública. Contudo, este cenário pode se alterar.

**X – demais documentos que o órgão proponente julgar pertinentes para fundamentar a sua propostas sejam esses em mídia ou não.**




8

Não há.

**XI – Período de vigência da Consulta Pública:**

40 (quarenta) dias, a contar do término do prazo de 7 (sete) dias de sua publicação no Diário Oficial da União, nos termos do §2º do art. 5º da RN nº 242/2010, iniciando em 27 de maio de 2015 e terminando em 05 de julho de 2015.

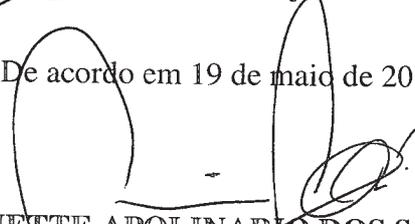
Rio de Janeiro, 19 de maio de 2015.

À consideração superior.

  
**RODRIGO RODRIGUES DE AGUIAR**

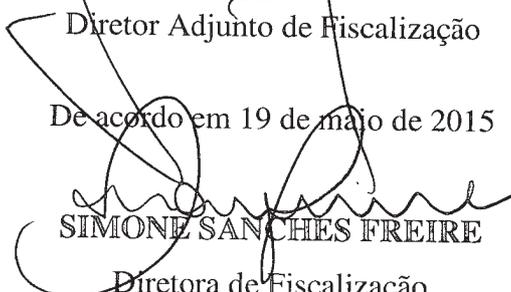
Gerente Geral de Assessoramento e Ajuste de Conduta – GGAAC

De acordo em 19 de maio de 2015.

  
**SURIETTE APOLINARIO DOS SANTOS**

Diretor Adjunto de Fiscalização

De acordo em 19 de maio de 2015

  
**SIMONE SANCHES FREIRE**

Diretora de Fiscalização

