

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° XXXX, DE XX DE XXXXXX DE 2015

Dispõe sobre o atendimento das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – Operadoras às solicitações de garantia de cobertura assistencial apresentadas por beneficiários de planos privados de assistência à saúde de qualquer modalidade de contratação - beneficiários.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em vista do que dispõe os incisos II, XXIV, XXVIII e XXXVII do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; em reunião realizada em xxxx de maio de 2015, adota a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretora-Presidente Substituta, determino a sua publicação.

Art. 1º A presente Resolução Normativa – RN define 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 de qualquer modalidade de contratação - beneficiários.

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.

Art. 2º Ao beneficiário, sem prejuízo das normas gerais aplicáveis aos serviços de atendimento ao consumidor, é garantido:

I – o atendimento adequado à sua demanda, 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;

II – tratamento não discriminatório nas condições de acesso, atendendo às suas necessidades e privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta anos de idade, gestantes, lactantes, lactentes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo;

III – o respeito ao regramento referente ao sigilo médico e à privacidade;

IV – informação adequada, clara e precisa quanto aos serviços contratados, especialmente quanto às condições para sua fruição e aplicação de mecanismos de regulação.

Parágrafo único. As regras dispostas nesta Resolução que disciplinam o atendimento ao beneficiário, também se aplicam ao seu representante, respeitado o sigilo médico.

Art. 3º São princípios que devem orientar o atendimento das operadoras aos beneficiários:

I – transparência, clareza e segurança das informações;

II – rastreabilidade das demandas;

III – presteza e cortesia;

IV – racionalização e melhoria contínua.

Art. 4º Quando demandadas, as Operadoras deverão prestar aos seus beneficiários as devidas informações e orientações sobre o procedimento e/ou serviço assistencial solicitado, esclarecendo-os se há cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e/ou no instrumento contratual com ele firmado para prestação do serviço de assistência privada à saúde suplementar.

Art. 5º Para prestarem o atendimento previsto no art. 4º, as Operadoras deverão obrigatoriamente disponibilizar e divulgar, de forma clara e ostensiva, , os seguintes canais:

I – atendimento presencial, indicando os endereços disponíveis para atendimento ao beneficiário; e

II – atendimento telefônico, contendo número(s) da central de atendimento respectiva.

Parágrafo único. A disponibilização de meio de atendimento por Internet é facultativa para fins de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial.

Art. 6º O atendimento presencial deve ser obrigatoriamente assegurado, independentemente do porte da operadora, no mínimo em horário comercial dos dias úteis.

Parágrafo único. As Operadoras deverão manter locais para atendimento presencial em todos os Estados onde atuarem, no mínimo nas respectivas capitais ou regiões de maior atuação.

Art. 7º O atendimento telefônico deve ser obrigatoriamente assegurado:

I – em operadoras de grande porte, durante vinte e quatro horas, sete dias da semana;

II – em operadoras de pequeno e médio porte: em dias úteis, exceto para os casos envolvendo garantia de acesso a coberturas aos serviços e procedimentos de urgência e emergência, nos quais deverá haver oferta de canal telefônico para orientação por 24 (vinte e quatro) horas.

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 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.

§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.

§2º Nas operadoras de grande porte, o número de protocolo deverá ser confirmado através do envio ao beneficiário, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas do atendimento, de mensagem de texto em SMS, e-mail ou comprovação por ligação gravada, contendo registro da data e hora do atendimento.

§3º As Operadoras, independente do porte, deverão arquivar e disponibilizar em meio impresso ou eletrônico os dados do atendimento ao beneficiário, identificando o registro numérico de atendimento, assegurando a guarda, manutenção de gravação e registro eletrônico de todos os atendimentos.

§4º Os canais de atendimento ao beneficiário para 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.

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.

§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 inferiores ao prazo previsto no *caput*, a resposta da Operadora ao beneficiário deverá se dar dentro do prazo previsto nessa RN nº 259/2011.

§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.

§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.

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.

Parágrafo único. 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.

Art. 11. Fornecida resposta direta ao beneficiário sobre o resultado da análise de sua solicitação de garantia 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 Resolução Normativa – RN n° 323, de 03 de abril de 2013.

§1° No ato de apresentação da resposta a que se refere o *caput*, deverá ser informado ao beneficiário o prazo, a forma e o 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 de natureza clínica do profissional de saúde solicitante.

§2° Caso a Operadora esteja dispensada da criação de unidade organizacional específica de Ouvidora, as revisões apresentadas serão apreciadas pelo representante institucional previsto no art. 8° da RN n° 323, de 03 de abril de 2013.

§3° 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 de negativa de cobertura assistencial, na forma prevista na norma de penalidades vigente.

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 n° 259, de 17 de junho de 2011.

Parágrafo único. As informações prestadas em atendimento a esta Resolução deverão observar o Padrão TISS, disciplinado pela RN n° 305, de 5 de outubro de 2012.

Art. 13. Os registros documentados dos atendimentos realizados na forma prevista nesta Resolução poderão ser utilizados pelas Operadoras para qualificação das respostas apresentadas a resposta às Notificações de Intermediação Preliminar – NIP, na forma prevista na Resolução Normativa – RN n° 343, de 17 de dezembro de 2013.

Art. 14. Os beneficiários, caso assim solicitem, terão acesso, sem ônus, aos registros de seus atendimentos, em até (10) dez dias da solicitação respectiva.

Art. 15. A presente Resolução não afasta a necessidade de observância, pelas Operadoras, do disposto no Decreto n° 6.532, de 31 de julho de 2008, que regulamenta a Lei n° 8.078, de 11 de setembro de 1990, fixando normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC, ou legislação que o substitua.

Art. 16. A RN 124 passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

Art. XX. Não observar as regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial, sem prejuízo da sanção prevista em caso de configuração de negativa de cobertura:
sanção - multa de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais).

Art. 17. Ficam revogados o art. 1°; os §§1° a 3° e o *caput* do art. 2°; os §§1° e 2° e o *caput* do art. 3°, e o art. 4° da Resolução Normativa – RN n° 319, de 05 de março de 2013.

Art. 18. Essa resolução normativa entra em vigor em xx dias após sua publicação.

MARTA REGINA DE OLIVEIRA
Diretora-Presidente Substituta