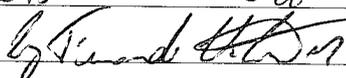


Gerência/Diretoria: DIFIS

Protocolo nº 33902. 490644 12015-68

Data: 11/09/2015 Hora: 13:00

Assinatura: 



Nota nº 11/2015/GGAAC/DIFIS/ANS

Rio de Janeiro, 04 de setembro de 2015.

Assunto: Análise das Principais Contribuições Recebidas na Consulta Pública 58

I – Introdução:

1. Trata-se da Consulta Pública nº 58 de 2015, que vigorou de 27 de maio de 2015 até 05 de julho de 2015, período no qual esteve disponível para receber as sugestões e contribuições da sociedade relativas à minuta de proposta de Resolução Normativa que visa dispor sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde - Operadoras nas solicitações de garantia de cobertura assistencial apresentadas por beneficiários de planos privados de assistência à saúde suplementar de qualquer modalidade de contratação - beneficiários.
2. Nesse diapasão, foram recebidas 1016 (um mil e dezesseis) contribuições dos mais diversos grupos de interesse do setor, congregando, principalmente, os representantes das Operadoras e dos órgãos de defesa do consumidor.
3. Nesse sentido, colaciona-se abaixo o quadro demonstrativo dos dados numéricos e estatísticos relativos à participação da sociedade na consulta pública:

Dispositivo da Norma	Nº de contribuições (Total)	Conclusões:
Art. 1º	37	Contribuições não acatadas – 8 Contribuições não pertinentes – 26 Contribuições parcialmente acatadas – 3
Art. 1º - Parágrafo único	25	Contribuições não acatadas – 5 Contribuição não pertinente – 1 Contribuições parcialmente acatadas – 19
Art. 2º	20	Contribuições não acatadas – 18 Contribuições não pertinentes – 2
Art. 2º - I	1	Contribuições não pertinentes - 1

Art. 2º - II	13	Contribuições acatadas -13
Art. 2º - III	4	Contribuições acatadas -2 Contribuição parcialmente acatada -2
Art. 2º - IV	1	Contribuição não acatada – 1
Art. 2º - Parágrafo único	22	Contribuições parcialmente acatadas – 22
Art. 3º	5	Contribuições não acatadas – 4 Contribuições não pertinentes – 1
Art. 3º - II	14	Contribuições não acatadas – 14
Art. 4º	14	Contribuições acatadas – 1 Contribuições não acatadas -8 Contribuições não pertinentes – 5
Art. 5º	11	Contribuições não acatadas – 11
Art. 5º - I	8	Contribuições não acatadas – 6 Contribuições não pertinentes -2
Art. 5º - II	3	Contribuições não acatadas -3
Art. 5º - Parágrafo único	11	Contribuições não acatadas -11
Art. 6º	33	Contribuições acatadas – 3 Contribuições não acatadas – 30
Art. 6º - Parágrafo único	42	Contribuições acatadas – 3 Contribuições não acatadas -38 Contribuição não pertinente -1
Art. 7º	7	Contribuições não acatadas -7
Art. 7º - I	21	Contribuições não acatadas -21
Art. 7º - II	35	Contribuições acatadas -10 Contribuições não acatadas -23 Contribuição não pertinente – 1 Contribuição parcialmente acatada -1
Art. 8º	40	Contribuições acatadas -8

		Contribuições não acatadas -25 Contribuições parcialmente acatadas - 7
Art. 8º - § 1º	17	Contribuições não acatadas -17
Art. 8º - § 2º	37	Contribuições acatadas -30 Contribuição acatada parcialmente -1 Contribuições não acatadas -6
Art. 8º - § 3º	36	Contribuições acatadas -5 Contribuição não acatada -1 Contribuições parcialmente acatadas -30
Art. 8º - § 4º	19	Contribuições acatadas -3 Contribuições não acatadas -11 Contribuições parcialmente acatadas -5
Art. 9º	40	Contribuições não acatadas -39 Contribuição não pertinente - 1
Art. 9º - § 1º	9	Contribuição acatada - 1 Contribuições não acatadas - 7 Contribuições não pertinentes -1
Art. 9º - § 2º	31	Contribuições não acatadas -31
Art. 9º - § 3º	34	Contribuições não acatadas - 33 Contribuições não pertinentes -2
Art. 10º	8	Contribuições acatadas parcialmente -2 Contribuições não acatada -5 Contribuição não pertinente -1
Art. 10º Parágrafo único	51	Contribuições não acatadas -16 Contribuição não pertinente -1 Contribuições parcialmente acatadas - 34
Art. 11º	44	Contribuições não acatadas - 40 Contribuições não pertinentes - 4
Art. 11º - § 1º	24	Contribuição acatada -1 Contribuições não acatadas - 22 Contribuições não pertinentes -1
Art. 11º - § 2º	3	Contribuições não acatadas -3

Art. 11° - § 3°	37	Contribuição acatada parcialmente -1 Contribuições não acatadas -20 Contribuições não pertinentes -16
Art. 12°	36	Contribuições não acatadas – 35 Contribuição não pertinente – 1
Art. 12- Parágrafo único	30	Contribuições não acatadas -4 Contribuições não pertinentes -26
Art. 13°	17	Contribuições acatadas – 1 Contribuições não acatadas -16
Art. 14°	20	Contribuições acatadas -3 Contribuições não acatadas -17
Art. 15°	26	Contribuições acatadas – 4 Contribuições acatadas parcialmente -2 Contribuições não acatadas -20
Art. 16°	29	Contribuições não acatadas – 29
Art. 17°	40	Contribuição acatada parcialmente – 1 Contribuições não acatadas -37 Contribuições não pertinentes -2
Art. 18°	41	Contribuições não acatadas -40 Contribuição não pertinente -1
Anexo I	10	Contribuições não acatadas - 10

4. Realizada a análise das principais solicitações, pode-se perceber que os temas tratados se referem, em geral, aos prazos estipulados para as respostas requeridas pelos beneficiários, à necessidade de dispêndio de recursos com infraestrutura para atendimento dos ditames normativos, dúvidas relacionadas à redação e ainda à aplicação de penalidades.

5. Feitas as observações iniciais, passa-se ao exame pontual dos artigos referentes os temas listados.

II – Manifestação motivada sobre o acatamento ou a rejeição das principais sugestões e contribuições:

Ementa e Artigo 1º:

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN define regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde - Operadoras nas solicitações de garantia de cobertura assistencial apresentadas por beneficiários de planos privados de assistência à saúde suplementar 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.

6. A ementa e o caput do artigo 1º tem como objeto a definição do assunto tratado na proposta de Resolução Normativa em debate.

7. Após diversas contribuições acerca da redação do artigo primeiro, e dúvidas suscitadas no que concerne à redação da ementa e do caput do artigo primeiro, principalmente no que tange ao escopo de atuação da proposta de Resolução Normativa, esta Diretoria de Fiscalização entendeu pertinente alterar as referidas redações com a finalidade de trazer maior clareza à norma.

8. Cumpre aduzir que não houve nenhuma modificação significativa que tivesse o condão de alterar a abrangência da proposta normativa em apreço.

Artigo 2º:

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 preferencial aos casos de urgência e emergência;

III – o respeito ao regramento referente ao sigilo profissional 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: No caso de atendimento presencial é garantido ao beneficiário, ainda, tratamento não discriminatório nas condições de acesso, privilegiando-se, as pessoas com idade igual ou superior à sessenta anos, gestantes, lactantes, lactentes, pessoas com deficiência e acompanhadas por crianças de colo.

9. O artigo 2º cuida das garantias que devem ser asseguradas aos beneficiários pelos serviços de atendimento ao consumidor.

10. Inicialmente foi questionada a ressalva feita no caput do artigo, que dispõe que “Ao beneficiário, sem prejuízo das normas gerais aplicáveis aos serviços de atendimento ao consumidor, é garantido”.

11. Argumentou-se que as normas gerais aplicáveis aos serviços de atendimento ao consumidor, estabelecidas no Decreto nº 6523/2008, não tem relação com o disposto no normativo, principalmente se observado o disposto nos itens 12 e 16 da Cartilha elaborada pela ANS e pelo DPDC do Ministério da Justiça em novembro/2008.

12. Para esse ponto não se acataram as contribuições por entender que não há qualquer prejuízo na manutenção da ressalva ora discutida, eis que a presente proposta aborda matéria de atendimento, inclusive telefônico.

13. Arguiu-se a impossibilidade de fazer a identificação de pessoas com mais de sessenta anos de idade, gestantes, lactantes, lactentes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo com a finalidade de priorizar ao atendimento, no que tange ao texto disposto no inciso II do artigo.

14. Para elucidar o texto da norma, e acatar as contribuições enviadas, alterou-se o texto do inciso II para constar apenas “tratamento preferencial aos casos de urgência e emergência”, e criou-se um parágrafo único com o texto referente ao atendimento preferencial e não discriminatório para o atendimento presencial.

15. No que se refere à redação do inciso III que traz menção ao sigilo médico e odontológico, as solicitações foram acolhidas no sentido de alterar do termo “sigilo médico e odontológico” para “sigilo profissional”, por ser mais adequado.

16. Foi encaminhado um quantitativo significativo de contribuições que expuseram dúvidas quanto ao significado da palavra representante, disposta no parágrafo único do artigo.

17. Nesse sentido, entendeu-se pertinente a retirada do texto previsto no parágrafo único, uma vez que se pode verificar que a menção ao termo "representante" suscitou mais dúvidas que esclarecimentos, motivo pelo qual se optou por não abordar a matéria. O conceito de representação, bem como todas as regras que o permeiam, encontra-se previstos na legislação civil.

Artigo 3º:

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.

18. Quanto ao artigo 3º, foram recebidas contribuições atinentes à redação do artigo e à possibilidade de rastreamento das demandas no âmbito da rotina interna das operadoras.

19. Desta feita, não foram acatadas as contribuições encaminhadas, tendo em vista que as operadoras são responsáveis pelo seu sistema de registro e, quanto à redação, julgou-se desnecessária qualquer alteração.

Artigo 4º:

Art. 4º 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-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.

20. Em referência ao artigo 4º, foram auferidas contribuições no sentido de ampliação do escopo de atuação da proposta normativa para obrigar ao fornecimento de protocolo nos canais de atendimento das operadoras ou administradoras independentemente do motivo do contato do consumidor.

21. Não se mostrou adequado o acatamento das contribuições. Elucida-se que foi feita uma opção regulatória pela propositura de norma adstrita às solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial, baseada, principalmente, em dados extraídos do Sistema Integrado de Fiscalização, que demonstram que cerca de 70% (setenta por cento) das demandas de reclamação registradas pelos canais de atendimento da ANS aludem a demandas assistenciais, o que denota um real problema no atendimento prestado pelas operadoras.

22. Por sua vez, foram encaminhados diversos questionamentos com o requerimento de concessão de um prazo maior para as respostas quanto à cobertura assistencial principalmente quando o procedimento requerido está vinculado a Diretriz de Utilização.

23. As sugestões encaminhadas não foram acolhidas. As respostas para informações solicitadas pelos beneficiários devem ser prestadas imediatamente, ou no prazo máximo previsto no artigo 9º da minuta de Resolução em apreço. Ademais, a proposta normativa não tem o condão de alterar a RN 259/2011, que já dispõe sobre os prazos máximos de atendimento, fixados para contemplar toda a rotina de autorização dos procedimentos, de acordo com dados foram fornecidos pelas próprias operadoras.

24. Nessa linha de raciocínio, a existência ou não de diretriz de utilização – DUT, não impede que a operadora preste a informação instada pelo beneficiário.

25. Foram atendidas as contribuições relativas à inclusão do termo “imediata” para que o texto do artigo passe a ter a seguinte redação: “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-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”, com o objetivo de dar mais precisão ao texto do artigo.

Artigo 5º:

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.

26. O artigo 5º abarca as modalidades obrigatórias de disponibilização e divulgação dos canais para atendimento aos beneficiários. Foi estabelecida a obrigatoriedade de atendimento presencial e telefônico.

27. Diversas contribuições versaram sobre o custo de instalação e disponibilização desses canais de atendimento.

28. O proposto na minuta de Resolução Normativa está em consonância com o adotado por outras Agências Reguladoras no que se refere aos prestadores de serviços. Nesse rumo, entendeu-se adequada a obrigatoriedade de instalação de postos de atendimentos presenciais, tendo em vista a insuficiência do atendimento por meio telefônico para promover a solução imediata de algumas demandas, mormente as urgentes e as apresentadas por pessoas que demonstrem alguma dificuldade em obter atendimento por telefone, como, por exemplo, as pessoas portadoras de deficiência e os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em consonância com o disposto na Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000.

29. Foi ainda abordada a obrigatoriedade de se determinar a forma de divulgação e o atendimento através da internet.

30. Para essas contribuições explica-se que uso da internet ainda não é uma realidade nacional, e não é conveniente que seja instituída sua imperatividade. Já no que alude a determinação dos meios de divulgação optou-se por deixar livre para que as operadoras adotem o que for mais conveniente, também com o objetivo de respeitar as disparidades regionais e sociais existentes no país.

Artigo 6º:

Art. 6º As Operadoras deverão disponibilizar unidade de atendimento presencial 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:

I – possua concentração de beneficiários superior a 10% (dez por cento) do total de sua carteira; e

II – o número de beneficiários naquela área não seja inferior ao limite de 20.000 (vinte mil).

Parágrafo único. As Operadoras exclusivamente odontológicas, as filantrópicas e as autogestões ficam desobrigadas a cumprir o disposto neste artigo. .

31. O artigo 6º regulamenta o atendimento presencial. As contribuições abordaram, principalmente, a obrigatoriedade de disponibilização de locais de atendimento.

32. As entidades de defesa do consumidor dispuseram sobre a necessidade de ampliação do objeto do artigo para expandir o acesso aos consumidores ao atendimento prestado pelas operadoras.

33. Por outro lado, levantaram-se os custos inerentes a instalação de postos de atendimento por parte das operadoras de planos de saúde.

34. Foi discutida ainda a estipulação de atendimento no horário comercial, e o período abrangido por esse horário.

35. No que concerne às contribuições descritas, entendeu-se mais apropriado acatá-las em parte. Como já disposto, a instalação de postos de atendimentos presenciais mostrou-se cogente, tendo em vista a insuficiência do atendimento através de telefone para promover a solução

imediate de demandas apresentadas por alguns beneficiários, mormente os mais vulneráveis, como as pessoas portadoras de deficiência e os idosos.

36. Contudo, diante dos argumentos apresentados por alguns dos participantes da consulta, mormente a FENASAÚDE, acerca dos custos em que as Operadoras incorreriam caso se mantivesse a previsão de instalação de uma unidade de atendimento presencial em cada um dos Estados onde a Operadora tivesse beneficiários ativos, impactando diretamente no resultado Operacional de todo o setor, o que, segundo estudo apresentado pela referida entidade de representação, pressionaria o índice de reajuste das contraprestações pecuniárias pagas pelos beneficiários, entendeu-se por bem redimensionar a obrigação original, a partir dos seguintes critérios:

- a. Exclusão das Operadoras de pequeno porte: O estudo de custo x benefício apresentado pela FENASAÚDE, que segue anexo ao presente relatório, utilizado como parâmetro para definição dos presentes critérios aponta que as Operadoras de pequeno porte sofreriam maior impacto nos custos de instalação de unidades de atendimento presencial, o que, em alguns casos, poderia inviabilizar sua operação, mormente naquelas com reduzido número de beneficiários em suas carteiras;
- b. Exclusão das Operadoras exclusivamente odontológicas: Essa modalidade de operadora não registra números de reclamações nos canais de atendimento da ANS suficientes para justificar a ampliação de seus canais de atendimento. De acordo com os dados obtidos através do aplicativo ANS Tabnet – Informações em Saúde Suplementar, a quantidade de reclamações registrada na ANS pelos beneficiários de planos privados de assistência à saúde em face de Operadoras na modalidade Cooperativa Odontológica e Odontologia de Grupo registra uma média de pouco mais de 1% (um por cento) do total de reclamações registradas, ou seja, no período de janeiro a junho de 2015 foram registradas 41.630 demandas de reclamação nos canais de atendimento da ANS, sendo 547 em face do segmento odontológico, conforme tabela anexa;

- c. Exclusão das Operadoras filantrópicas: Essa modalidade de operadora também não registra números de reclamações nos canais de atendimento da ANS suficientes para justificar a ampliação de seus canais de atendimento. Em conformidade com os dados obtidos através do aplicativo ANS Tabnet – Informações em Saúde Suplementar, a quantidade de reclamações registrada na ANS, pelos beneficiários, em face de Operadoras com modalidade filantrópica também registra uma média inferior 1% (um por cento) do total de reclamações, ou seja, no período de janeiro a junho de 2015 foram registradas 41.630 demandas de reclamação nos canais de atendimento da ANS, sendo 337 em face do segmento das filantropias, conforme tabela anexa;
- d. Exclusão das autogestões: As Operadoras da modalidade de autogestão registram uma média pouco superior a 5% (cinco por cento) do total de reclamações recepcionadas pelos canais de atendimento da ANS, ou seja, no período de janeiro a junho de 2015 foram registradas 41.630 demandas de reclamação nos canais de atendimento da ANS, sendo 2.307 em face do segmento das autogestões, conforme tabela anexa. Apesar de não ser registrado um quantitativo elevado de reclamações em face das autogestões, por representarem um nicho relevante do mercado, sugere-se a submeter à Diretoria Colegiada para deliberação específica a proposta de exclusão ou não das autogestões da obrigação de instalar unidades de atendimento presencial;
- e. Estabelecimento de percentual mínimo de 10% (dez por cento) de beneficiários da carteira da Operadora para justificar a instalação de uma unidade de atendimento presencial naquela área de atuação: diante da alegação de que a instalação de postos de atendimento presencial causaria significativo impacto no resultado operacional do setor, entendeu-se que tal exigência deve ser concentrada nas localidades que potencialmente possam alcançar o maior número de beneficiários.
- f. Estabelecimento de quantidade mínima de 20.000 beneficiários: estabeleceu-se como critério o número máximo de beneficiários que uma operadora pode ter para ser enquadrada como de pequeno porte e, portanto, ficar desobrigada de instalar postos de atendimento presencial.

37. Assim, com a adoção dos critérios supracitados, para redimensionar a obrigação de instalação de uma unidade de atendimento presencial, entende-se que a norma atende ao seu fim colimado, de prestação de atendimento adequado aos beneficiários pelas Operadoras, sem, contudo, onerar demasiadamente o setor, o que, em alguns casos, pressionaria para cima o valor das contraprestações pagas pelos beneficiários, e em outros até mesmo inviabilizaria a operação.

38. Acrescenta-se que o mercado de saúde suplementar é um mercado regulado que tem como finalidade prestar assistência à saúde dos beneficiários, e, os custos gerados pelas medidas determinadas pela ANS, embora não devam ser desconsiderados também não devem comprometer o benefício social de determinadas ações, tendo-se em conta, ainda, que a disponibilização de locais de atendimento será proporcional à carteira que a operadora detém.

39. Para as questões relativas ao horário comercial, as sugestões não foram incorporadas, uma vez que o horário previsto deve respeitar as peculiaridades de cada região.

Artigo 7º:

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

I – em operadoras de grande porte, durante 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana;

II – Em operadoras de pequeno e médio porte, nas exclusivamente odontológicas, nas filantrópicas e nas autogestões: em dias úteis e horário comercial, 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, sete dias da semana.

Parágrafo único: O horário comercial respeitará as peculiaridades de cada região, sendo utilizado o horário comercial no local onde funcionar o atendimento.

40. O artigo 7º aborda as regras sobre o atendimento telefônico.

41. As contribuições debateram a alteração do texto do artigo para que a disponibilização de atendimento 24 horas passe a abarcar todos os portes de operadoras.

42. Abordaram-se problemas com relação ao reconhecimento da urgência ou emergência que, de acordo com o artigo 35 – C da Lei nº 9.656/98, compete exclusivamente ao médico assistente, e, portanto, não seria viável a alegação no bojo do atendimento telefônico.

43. Relatou-se eventual conflito entre a proposta de Resolução Normativa e o Decreto nº 6.523/2008.

44. Entendeu-se mais apropriado a manutenção do texto original da Norma. A possibilidade limitação de horário oferecida às operadoras de pequeno e médio porte mostrou-se aceitável e teve como finalidade respeitar a menor estrutura e o menor número de beneficiários atendidos.

45. Nos casos de urgência e emergência, o atendimento 24 (vinte e quatro) horas é importante, para as ocorrências em que o beneficiário tem seu procedimento, atendimento ou solicitação negada e requer um canal telefônico para orientação.

46. Em virtude das contribuições apresentadas, alterou-se o inciso II para incluir as Operadoras exclusivamente odontológicas, as filantrópicas e as autogestões, ao regramento aplicado às operadoras de pequeno e médio porte no que tange ao atendimento telefônico.

47. Nesse ponto, cabe destacar que a inclusão das Operadoras na modalidade de autogestão ao disposto no inciso II, do art.7º, também será submetida à deliberação específica por parte da Diretoria Colegiada.

48. Adequou-se o parágrafo único para dirimir qualquer dúvida acerca da aferição do horário comercial.

Artigo 8º:

Art. 8º Observado o disposto no art. 5º, sempre que houver a apresentação de solicitação procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial pelo beneficiário, emitido por profissional de saúde devidamente habilitado 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 É permitido que os pedidos sejam solicitados pelo prestador em nome do beneficiário à Operadora.

§2º 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.

§3º As Operadoras, independente do porte, 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 de gravação e registro.

§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.

49. Inicialmente foi demandado que se conste expressamente no texto normativo que o pedido apresentado pelo beneficiário deve ser emitido por profissional de saúde devidamente habilitado. Entendeu-se oportuno e alterou-se a redação do caput do artigo.

50. Em prosseguimento, também atendendo às contribuições recebidas, incluiu-se um parágrafo primeiro para dirimir eventuais dúvidas acerca da possibilidade de o prestador requerer autorização à operadora em nome do beneficiário.

51. Quanto ao parágrafo 2º, percebeu-se apropriada a exclusão, em atendimento às solicitações encaminhadas, uma vez que não se pode aferir previamente o índice dos erros e realizar uma análise prévia dos benefícios trazidos pela medida em comparação com seus custos.

52. Já no que se reporta ao parágrafo 3º, adequou-se a redação para estipular o prazo de 90 dias para arquivamento dos dados do atendimento, em consonância com o disposto no Decreto nº 6.523 de 31 de julho de 2008, dada a similaridade da matéria.

53. As demais contribuições não foram acolhidas e fizeram alusão ao procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar, dúvidas acerca da obrigatoriedade do protocolo, sugestões para que fornecimento do protocolo seja precedido de requisição do consumidor, etc.

54. Esclarece-se que a obrigatoriedade do fornecimento do protocolo é disposição importante da norma, e para as questões relativas ao procedimento da NIP, existe normativo próprio que cuida da matéria.

Artigo 9º:

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 de solicitação de procedimentos e ou serviços de cobertura assistencial 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.

55. O artigo 9º descreve o procedimento que deve ser observado nos casos em que não for possível fornecer resposta imediata ao beneficiário a respeito do procedimento ou cobertura solicitada.

56. As contribuições versaram principalmente sobre o prazo de cinco dias estipulados para apresentação de resposta ao beneficiário, a criação de nova rotina para autorização de procedimentos e dúvidas a respeito do tramite de resposta no âmbito do sistema Unimed.

57. Levantou-se ainda a questão de maior prazo para análise no caso de autorização de procedimentos que envolvem órtese e prótese e diretriz de utilização.

58. Não se verificou necessidade de realizar as alterações sugeridas. O prazo de cinco dias para a resposta ao beneficiário tem como justificativa o respeito à maioria dos prazos determinados pela RN nº 259/2011.

59. Ademais, não foi colocada qualquer nova rotina de autorização de procedimentos, mas tão somente regulamentou-se a obrigatoriedade de fornecimento de informações adequada aos beneficiários.

60. Vale lembrar que o tratamento diferenciado para os procedimentos que requerem o uso de órtese e prótese, assim como aqueles que possuem diretriz de utilização também não merece prosperar, uma vez que, conforme já disposto, a norma não traz nenhuma inovação acerca da rotina de autorização e o parágrafo 2º do artigo já estabelece prazo maior nos casos de procedimentos de alta complexidade e internação eletiva.

61. Ressalta-se que para o ponto relativo aos problemas enfrentados pelo sistema Unimed, mormente em relação à responsabilidade pela informação nos casos de intercâmbio, elucida-se que a rotina administrativa das operadoras é de sua responsabilidade, não cabendo a esta Agência Reguladora estabelecer condutas internas.

62. Foi realizada somente uma pequena modificação na redação do §1º deste artigo para trazer maior clareza ao normativo, com a inclusão do trecho “de solicitação de procedimentos e ou serviços de cobertura assistencial”.

Artigo 10:

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.

§ 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.

§ 2º No caso das operadoras de pequeno e médio porte o prazo de 24(vinte e quatro) horas será contado conforme o horário de funcionamento de suas unidades de atendimento:

63. O artigo 10 tem como escopo determinar que o beneficiário seja informado de maneira clara acerca da motivação para a negativa de autorização do procedimento solicitado, com a faculdade do beneficiário em requerer a motivação por escrito.

64. As propostas encaminhadas fizeram referencia à ausência de estipulação de prazo no *caput* do artigo, o alegado exíguo prazo de 24 (vinte e quatro) horas para o encaminhamento da

resposta por escrito, bem como o problema de contagem do prazo para as operadoras de pequeno e médio porte que estão desobrigadas a manter atendimento 24 (vinte e quatro) horas.

65. No que tange ao prazo de 24 (vinte e quatro) horas para redução a termo dos motivos da negativa, é imperioso descrever que não se trata de prazo para autorização ou para análise, mas apenas para redução a termo de resposta já fornecida ao beneficiário, e, deste modo, optou-se por manter a redação do artigo.

66. Já para a problemática de contagem do prazo de 24 (vinte e quatro) horas para as operadoras de pequeno e médio porte, as observações foram incorporadas para incluir um parágrafo 2º com a finalidade de dispor que, no caso das operadoras de pequeno e médio porte, o prazo de 24 (vinte e quatro) horas será contado conforme o horário de funcionamento de suas unidades de atendimento.

Artigo 11:

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 nº 323, de 03 de abril de 2013.

§1º 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 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 03 de abril 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 observar as regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial.

67. O artigo 11 aventa a faculdade de o beneficiário recorrer à ouvidoria da operadora em caso de negativa de cobertura.

68. Debateu-se o direito de a operadora estipular qual setor da empresa seria o responsável pela análise do pedido de reexame do beneficiário.
69. A escolha pela ouvidoria justifica-se por esta ter a atribuição de assegurar a estrita observância das normas legais e regulamentares relativas aos direitos dos beneficiários, de acordo com a RN n° 323/2013.
70. Assim, a proposta de Resolução Normativa tem como objetivo oportunizar que o pedido seja reexaminado, reduzindo a falha de comunicação entre o beneficiário e a Operadora e incentivando maior critério nas análises.
71. Foram recebidas contribuições para que seja estabelecida obrigatoriedade do beneficiário primeiro recorrer para a operadora antes de proceder à abertura de demanda na Notificação de Investigação Preliminar – NIP.
72. No entanto, a possibilidade de pedido de reanálise é uma faculdade do beneficiário e uma oportunidade da operadora rever sua conduta. A restrição de acesso ao procedimento da NIP não se coaduna com a política regulatória desta ANS.
73. Para o assunto relativo à falta de estipulação de prazo no caput do artigo, não foram acatadas as sugestões enviadas, já que cada operadora deve estipular o prazo de acordo com a sua capacidade de atendimento e a gestão da sua empresa. Contudo, deve-se ressaltar que o cumprimento dos prazos previstos nos demais normativos que regem o setor de saúde suplementar devem ser respeitados, em especial o previsto no art. 9º desta norma e os prazos previstos na RN n° 259/2011.
74. Também foi questionado o significado do termo “excessivamente complexo”. No entanto, a definição consta do próprio parágrafo, como sendo aquele que impede ou restringe o exercício da possibilidade de reanálise do pedido de autorização do beneficiário à ouvidoria.
75. Por outro lado, acataram-se as sugestões para retirada do termo "natureza clínica", no parágrafo 1º, com o objetivo de evitar interpretações excludentes, com relação a materiais e medicamentos.

76. Ademais, entendeu-se apropriada a alteração da redação do parágrafo 3º para prever a que a imposição de procedimento excessivamente complexo sujeitará as operadoras à penalidade previstas no próprio normativo, em atendimento às contribuições que alegaram que o pedido de reanálise não pode ser comparado a uma negativa de cobertura.

Artigo 12:

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.

Parágrafo único. As informações prestadas em atendimento a esta Resolução deverão observar o Padrão TISS, disciplinado pela RN nº 305, de 5 de outubro de 2012.

77. Com relação ao artigo 12, que descreve a necessidade de observância dos prazos dispostos na RN nº 259/2011, foram remetidas observações no sentido da impossibilidade de cumprimento dos prazos nos casos de reanálise do pedido do beneficiário pela Ouvidoria das operadoras.

78. Os prazos da RN nº 259/2011 devem ser observados pelas operadoras ainda que seja procedida a reanálise pela Ouvidoria, uma vez que foram previstos levando em consideração toda rotina de autorização dos procedimentos. Vale acrescentar que o reexame é uma oportunidade de revisão de atos, ações e condutas da Operadora, sem que seja necessária a intervenção da ANS na solução do problema do beneficiário.

79. Aventaram-se também problemas relativos à sistemática do TISS, que tem regramento próprio.

80. Pelos motivos citados, as contribuições pertinentes ao artigo não foram acolhidas.

Artigo 13:

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, na forma prevista na Resolução Normativa – RN nº 343, de 17 de dezembro de 2013.

81. O artigo 13 cita a possibilidade de utilização dos registros documentados dos atendimentos realizados pelas operadoras nas respostas às demandas de NIP.

82. Foram remetidas várias contribuições relativas ao procedimento da NIP. Nesse diapasão, elucida-se que o procedimento da NIP é disciplinado por normativo próprio, o que impossibilita o acatamento das contribuições.

Artigo 14:

Art. 14. Os beneficiários, caso assim solicitem, terão acesso, sem ônus, aos registros de seus atendimentos, em até 10 (dez) dias da solicitação respectiva, respeitado o disposto no § 3º do artigo 8º.

83. O artigo 14 cuida da faculdade dos beneficiários requererem o acesso ao registro dos atendimentos prestados pelas operadoras.

84. As contribuições versaram sobre a limitação de prazo para guarda desses atendimentos, e, em atendimento aos requerimentos, alterou-se a redação para constar a estipulação do prazo de 90 dias, em consonância com o disposto no Decreto nº 6.523 de 31 de julho de 2008, dada a similaridade da matéria.

85. Já para as solicitações de ampliação do prazo de 10 dias para atendimento das solicitações dos beneficiários, esclarece-se que não merece acolhida. A resposta por escrito é apenas uma formalidade a ser cumprida pela operadora. A análise quanto à autorização deve ser feita em momento anterior à resposta ao beneficiário

Artigo 15:

Art. 15. A presente Resolução não afasta a necessidade de observância, pelas Operadoras, do disposto no Decreto nº 6.532, 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.

86. O artigo 15 dispõe sobre a necessidade de observância pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde do Decreto nº 6.532/2008, que regulamenta a Lei nº 8.078/1990, e fixa normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC.

87. Arguiu-se que a redação do artigo pode acarretar na interpretação de que toda operadora deve implantar estrutura de SAC nos termos do Decreto nº 6.523/2008, o que já foi objeto de apreciação com posição divergente quando da publicação da Cartilha ANS e DPDC do Ministério da Justiça, que aponta que o SAC deve seguir o Decreto quando for um dos serviços oferecidos ao consumidor, não havendo obrigatoriedade de criação desse serviço apenas para atender ao Decreto.

88. Mesmo que haja eventual divergência entre a presente proposta de Resolução Normativa e a Cartilha outrora elaborada pela ANS sobre o Decreto nº 6.523/2008, aquela deve prevalecer, por se trata de norma de observância obrigatória, produzida legitimamente sob a égide da lei, tendo, portanto, força cogente. Assim, a partir de sua publicação, restará obrigatória o atendimento aos beneficiários pelas operadoras quando das solicitações de garantia de cobertura assistencial por eles apresentadas.

Artigo 16:

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).

89. O artigo 16 cuida da criação de tipo infrativo à Resolução Normativa nº124/2010. As sugestões versaram sobre a desnecessidade de criação de um novo tipo.

90. Não se vislumbrou adequada nenhuma alteração no artigo e optou-se pela redação original.

Artigo 17:

Art. 17. Ficam revogados o art. 1º; os §§1º a 3º e o caput do art. 2º; os §§1º e 2º e o caput do art. 3º, e o art. 4º da Resolução Normativa – RN nº 319, de 05 de março de 2013.

91. As contribuições para o artigo 17, que aborda a revogação de alguns dispositivos da RN nº 319/2013, restringiram-se a contestar os procedimentos relativos à NIP, com pedidos para que a demanda de reclamação registrada na ANS só seja possível após o pedido de reanálise pela ouvidoria.

92. Conforme já elucidado, os procedimentos relativos à Notificação de Intermediação Preliminar – NIP tem seu regramento disposto em normativo próprio, e, portanto, não se entevê adequado fazer qualquer tipo de modificação.

93. O pedido de exigência do protocolo da ouvidoria das operadoras para registro de demanda na Agência, igualmente carece de fundamento, uma vez que a possibilidade de pedido de reanálise é uma faculdade do beneficiário e uma oportunidade da operadora rever sua conduta.

Artigo 18:

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

94. O artigo 18 tem o objetivo de estabelecer o prazo para entrada em vigor da Resolução Normativa em análise. Deste modo, foram recebidas diversas contribuições com sugestão de prazo, que foram utilizadas como insumo para que esta Agência Reguladora possa avaliar e determinar um prazo razoável, tendo sido definido o prazo de 120 (cento e vinte) dias para a *vacatio legis*.

III – Conclusão:

95. Concluído o relatório da consulta pública nº 58, sugere-se encaminhar à Diretoria Colegiada da ANS – DICOL, para deliberação, a decisão sobre desobrigar ou não as Operadoras da modalidade autogestão de instalar unidade de atendimento presencial e de manter atendimento telefônico durante 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana, qualquer que seja seu porte.

96. À consideração superior.


Alexandra Cerqueira Campos

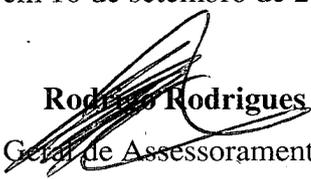
Especialista em Regulação – CCT III

De acordo, em 10 de setembro de 2015. À consideração superior


Frederico Villela Chein Cortez

Assessor Normativo/ASSNT/DIFIS

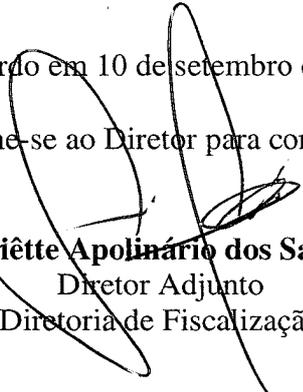
De acordo, em 10 de setembro de 2015. À consideração superior


Rodrigo Rodrigues de Aguiar

Gerente Geral de Assessoramento e Ajuste de Conduta

De acordo em 10 de setembro de 2015.

Encaminhe-se ao Diretor para consideração.


Suriêtte Apolinário dos Santos

Diretor Adjunto
Diretoria de Fiscalização

De acordo em 10 de setembro de 2015. À DICOL para apreciação.


SIMONE SANCHES FREIRE

Diretora de Fiscalização