



RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN N° 395/2016

Rodrigo Rodrigues de Aguiar
Diretor-Adjunto de Fiscalização

Rio de Janeiro, 05 de maio de 2016.

Objeto da Apresentação

Resolução Normativa – RN nº 395/2015, que define as regras que devem ser observadas pelas operadoras de planos de saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação.

Razões para sua edição

A maior parte (> 80%) das reclamações registradas na ANS (> 70% Assistenciais) são, posteriormente, resolvidas ainda no âmbito da NIP, pelas seguintes razões:

- Evidente falha na comunicação da Operadora com o seu beneficiário;
- assimetria de informação inerente ao mercado de saúde suplementar, no qual o beneficiário médio desconhece os termos, procedimentos e demais peculiaridades do setor;
- comportamento oportunista de algumas Operadoras, que aguardam o beneficiário registrar a reclamação na ANS para só então autorizar a realização do serviço ou procedimento (utilizam a NIP como mecanismo de regulação);
- comportamento oportunista de alguns 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.

O que se pretende?

- Melhorar a comunicação entre as Operadoras e seus beneficiários, induzindo que a solução dos conflitos entre as partes contratantes, sem necessidade de intervenção da ANS.
- qualificar o atendimento das Operadoras às solicitações de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentadas por beneficiários;
- Reduzir a sensação de insatisfação quanto aos serviços prestados no mercado de saúde suplementar.

Obs. Observe-se que a RN 395/2016 não tem o propósito de alterar qualquer outra norma editada pela ANS, exceto a RN nº 319/2013 (por ela revogada)

Da legitimidade e do processo de elaboração

- Realização de consulta Pública nº 58 de 2015, que vigorou de 27 de maio de 2015 até 05 de julho de 2015 :
 - 1016 (um mil e dezesseis) contribuições foram recebidas, dos mais diversos grupos de interesse do setor, congregando, principalmente, os representantes das Operadoras e dos órgãos de defesa do consumidor.
- Em observância às disposições da Resolução Administrativa – RA nº 49/2012, a proposta de Resolução Normativa foi remetida à Procuradoria Federal junto à ANS - PROGE, que emanou parecer jurídico favorável à sua publicação;
- A RN nº 395/2016 foi aprovada pela Diretoria Colegiada, em dois turnos de votação.

Pilares

- Definir os canais que devem ser disponibilizados aos beneficiários para tais atendimentos;
- 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;

Canais de atendimento

- Atendimento presencial
- Atendimento telefônico
- Outros meios através da Internet

Os canais de atendimento aos beneficiários para realização de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial **devem estar sempre disponíveis**, ainda que exista entre operadora e prestador de serviço regramento para a apresentação direta de pedidos de autorização dos serviços prestados. (§ 5º do artigo 8º da RN 395/2016)

Atendimento presencial

Deve ser instalado atendimento presencial:

No mínimo, nas capitais dos Estados ou regiões de maior atuação de seus produtos, desde que:

- Concentração de beneficiários superior a **10% do total de sua carteira**; e
- número de beneficiários **não inferior a 20.000** (vinte mil) **(no Estado)**.

Obs. Para fins deste cálculo, devem ser **excluídos os beneficiários de produtos exclusivamente odontológicos**, de operadoras que ofertem planos médico-hospitalares ou médico-hospitalares e odontológicos.

Atendimento presencial (onde instalar?)

Preenchidos os requisitos:

- Capital do Estado, em regra; ou
- Outro Município do Estado:
 - a) caso a operadora possua atuação mais expressiva no interior do estado (mais beneficiários no interior);
 - b) qualquer Município integrante da região de saúde, limitada ao âmbito do respectivo Estado, que contenha a maior concentração de beneficiários;
 - c) respeite-se a mobilidade local;

Atendimento presencial

Região de Saúde

- a) Conceito: o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
- b) Fundamento: inciso V do parágrafo 1º do artigo 1º da RN 259/2011, art. 1º, §1º, V e IN/DIPRO nº 37/2011;
- c) Limitada ao âmbito do respectivo Estado: Mesmo que a área da região de saúde considerada ultrapasse o limite do Estado, para fins desta norma somente será considerada a área da região de saúde que estiver dentro dos limites territoriais do respectivo Estado.

Atendimento presencial

Região de Saúde - exemplos

Exemplo 1. Instalação de atendimento presencial na capital:

A operadora atua no Estado de São Paulo e possui dez mil (10.000) beneficiários na Capital e os outros dez mil (10.000) estão pulverizados nos demais municípios do Estado:

A unidade de atendimento deve ser instalada na cidade de São Paulo (Capital).

Atendimento presencial

Região de Saúde - exemplos

Exemplo 2. Instalação de atendimento presencial em outro Município do Estado (A operadora não possui beneficiários na capital, ou seu quantitativo é irrelevante):

A operadora possui dez mil (10.000) beneficiários em Santos, cinco mil (5.000) beneficiários em Bertioga e cinco mil (5.000) beneficiários em Ribeirão Preto.

A operadora pode optar pelo município que preferir, dentro da região de saúde da Baixada Santista (Santos ou Bertioga)

Região de saúde - Baixada Santista (Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente)

Obs. Neste caso, não pode instalar em Ribeirão Preto, pois este município não compõe a região de saúde com maior concentração de beneficiários.

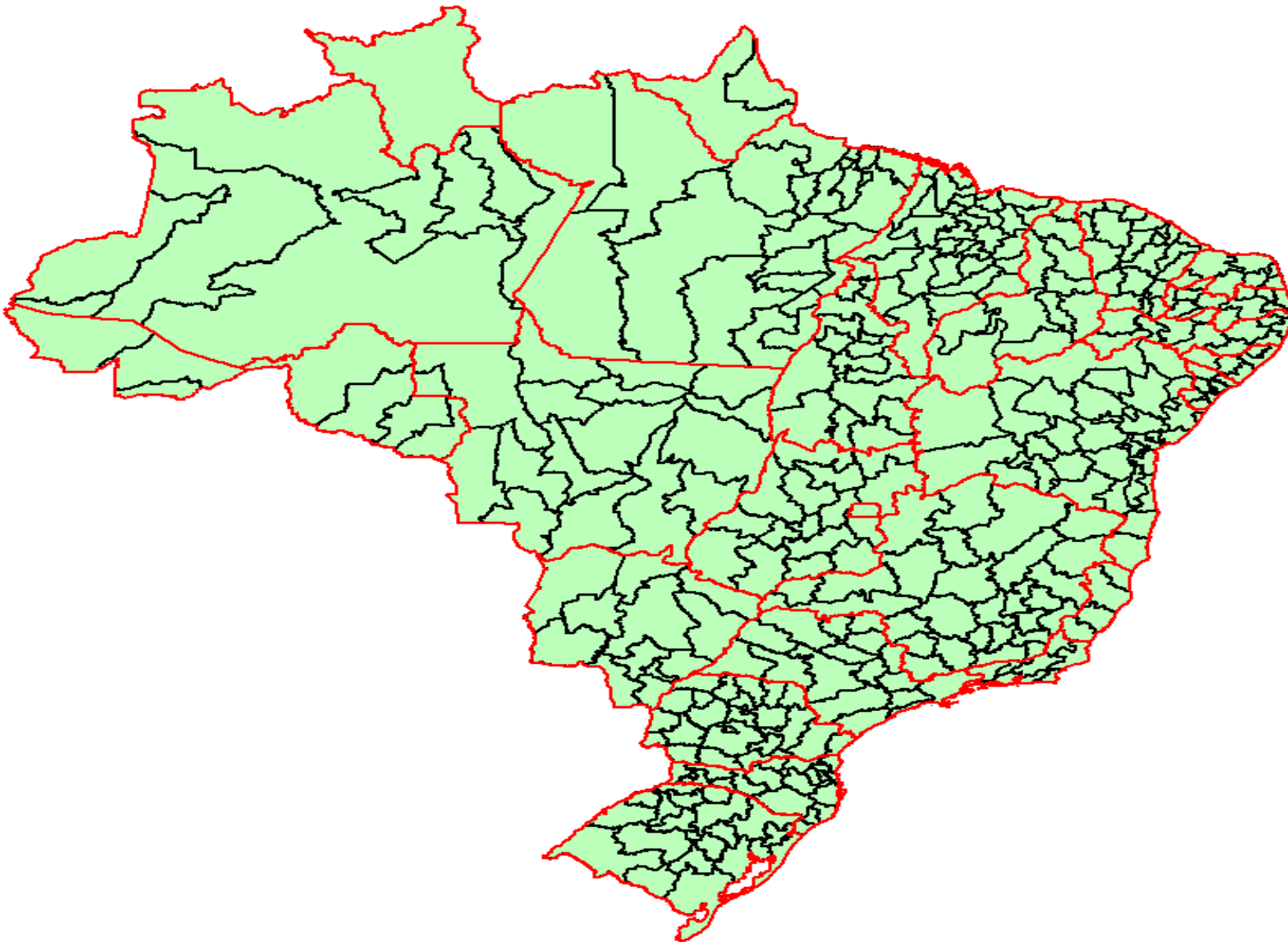
Atendimento presencial

Região de Saúde – mapa SP



Atendimento presencial

Região de Saúde – mapa Brasil



Atendimento presencial (questões relevantes)

Obs1. Operadoras de pequeno porte, exclusivamente odontológicas, filantrópicas e autogestões estão desobrigadas de instalar unidade de atendimento presencial;

Obs2. Para a realização do cálculo do quantitativo de beneficiários que enseja a obrigatoriedade de instauração da unidade presencial, deve ser considerado:

- a) o número de beneficiários vinculados por Estado;
- b) o cálculo da média de beneficiários vinculados no último ano civil;
- Mais informações sobre este tema, consulta o Entendimento DIFIS nº 07/2016:
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=entendimento&task=TextoLei&format=raw&id=MzIzOA==>

Atendimento telefônico

Deve ser assegurado:

- OPS de grande porte: 24h, 7 dias por semana;
- OPS de pequeno e médio porte, exclusivamente odontológicas e filantrópicas: dias úteis e em horário comercial.

Obs1. Para casos envolvendo garantia de acesso a procedimentos de urgência e emergência: 24h, 7 dias por semana, **independente da modalidade da Operadora.**

Obs2. O horário comercial respeitará as peculiaridades de cada região, aplicando-se, para tanto, as regras do local onde funcionar o atendimento.

Outros canais de atendimento

- É facultado às Operadoras a disponibilização de meios alternativos de atendimento aos beneficiários (parágrafo único do art. 5º da RN nº 395/2016)
- Contudo, caso a operadora faça a opção de utilizá-los, deve seguir todas as disposições da RN nº 395/2016.

Protocolo de atendimento

- Conceito: Sequência numérica única fornecida pela Operadora ao beneficiário, a qual o possibilita acompanhar sua demanda.
- Formato padrão: XXXXXXAAAAMMDDNNNNNN

Em que:

XXXXXX = Registro ANS da Operadora

AAAA = Ano

MM = Mês

DD = dia

NNNNNN = sequencial que identifique a ordem de entrada da reclamação na operadora.

Obs. O sequencial pode ser contínuo ou se renovar a cada dia, conforme opção da Operadora.

Protocolo de atendimento

- Momento do fornecimento: **na primeira ação, no início do atendimento** ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva cobertura assistencial (Ex. Casos de reembolso solicitado por correspondência);
- Deve ser fornecido ainda que a resposta seja a concessão imediata da autorização para realização do procedimento;
- Mesmo quando a apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial à operadora for feita pelo prestador em nome do beneficiário, deverá ser fornecido protocolo.
- **Exceção:** Para as autorizações automáticas e imediatas pelo cartão de identificação de beneficiário de plano privado de assistência saúde, físicos ou digitais, não há obrigatoriedade de fornecimento de protocolo.

Prestação de Informações

Quando demandadas, as Operadoras deverão prestar aos seus beneficiários:

- Informações e orientações sobre o procedimento e/ou serviço assistencial solicitado, esclarecendo ainda se há cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e/ou no correspondente instrumento contratual;
- Sendo negada a autorização, 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;
- O beneficiário, sem qualquer ônus, poderá requerer que as informações sobre a negativa sejam reduzidas a termo e lhe encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.

Prestação de Informações

- As Operadoras que estiverem desobrigadas a manter atendimento por 24h (operadoras de pequeno e médio porte, exclusivamente odontológicas e filantrópicas), **poderão fazer a remessa de tais informações nos horários em que suas unidades de atendimento estiverem em funcionamento;**
- Em todo caso, sempre que o beneficiário solicitar o envio das informações por correspondência, **deve-se observar o horário de funcionamento do serviço de Correios;**

Prazos para prestação da informação

- Em regra, imediato;
- Não sendo possível a resposta imediata, deve-se observar o seguinte:
 - a) Urgência e emergência: Resposta imediata;
 - b) Respostas em geral: 5 dias úteis;
 - c) Casos em que o prazo máximo para garantia de atendimento seja inferior a 5 dias úteis: prazo previsto na RN nº 259/2011

ex. serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis.

d) Procedimentos de alta complexidade ou internação eletiva: Em até 10 dias úteis.

Reembolso

- As demandas decorrentes de reembolso relativo à cobertura assistencial, advinda do contrato ou das hipóteses previstas na RN nº 259/2011, são consideradas demandas de natureza assistencial, devendo observar os ditames desta norma;
- Nos casos em que a demanda tratar de divergência sobre o valor reembolsado, a demanda será considerada como não assistencial e, portanto, não sujeita aos ditames da norma.

Pedido de reanálise (elementos)

- Na mesma oportunidade em que apresentar a resposta ao beneficiário...
- nos casos em que negar autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado...
- a operadora deverá informá-lo sobre sua faculdade de requer a reanálise de sua solicitação...
- informando-o sobre o prazo, a forma e o procedimento que deverá observar para apresentá-lo.

Pedido de reanálise (informações relevantes)

- O procedimento determinado pela Operadora para o beneficiário apresentar o pedido de reanálise **não pode ser excessivamente complexo, a ponto de impedir ou restringir o exercício desta faculdade;**
- Nos casos que exijam a instauração de junta médica, esta condição deve ser informada ao beneficiário, detalhando todas as providências que serão tomadas para tanto;
- A conclusão da reanálise solicitada pelo beneficiário deve ocorrer dentro do prazo previsto na RN nº 259/2011 para o respectivo procedimento, **não se aplicando, dessa forma, o prazo previsto no art. 3º, VI da RN nº 323/2013;**

Reanálise realizada por outro setor da operadora

- A RN nº 395/2016 determina que seja obrigatoriamente facultada ao beneficiário a apresentação de pedido de reanálise de sua solicitação de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial, a ser realizado pela Ouvidoria;
- Contudo, caso haja o aceite do beneficiário, é possível que outro setor diverso da ouvidoria proceda à reanálise, desde que fique claro ao beneficiário sua faculdade de acessar diretamente a Ouvidoria para apresentação de seu pedido de reanálise;
- Ademais, deve, ainda, ser esclarecido ao beneficiário a desnecessidade do esgotamento das instâncias inferiores para acessar a Ouvidoria pelo fluxo previsto na RN nº 395/2016.

Disponibilização de dados sobre o atendimento

- Caso solicitem, os beneficiários que desejarem terão acesso aos registros de seus atendimentos em **até 72 horas da solicitação**.

Obs. Recomendação da Procuradoria Federal junto à ANS, com base no artigo 16 do Decreto nº 6.523/2008).

- Os dados do atendimento efetuado devem ser arquivados pelo prazo de **90 dias** e disponibilizados ao beneficiário em meio impresso ou eletrônico, assegurando a guarda, manutenção da gravação e registro.

Informações adicionais

- Entendimento DIFIS nº 07/2016:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=entendimento&task=TexttoLei&format=raw&id=MzIzOA==>

- Perguntas e respostas (FAQ) sobre a RN nº 395/2016:

http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/central-de-atendimento-a-operadoras-e-prestadores/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=operadora

Obrigado!

www.ans.gov.br | Disque ANS: 0800 701 9656



ans.reguladora



@ANS_reguladora



ansreguladora



ans_reguladora



Ministério da
Saúde

