



Resolução Normativa – RN n° 395/2016

Rodrigo Aguiar

Gerente Geral de Assessoramento da Diretoria de Fiscalização

Rio de Janeiro, janeiro de 2016.

O que apresentamos aqui?

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.



Problemática identificada

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;*



Problemática atual

- *pelo comportamento oportunista de algumas Operadoras, que aguardam o beneficiário registrar a reclamação na ANS para só então autorizar a realização do serviço ou procedimento;*
- *pelo 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.*



O que se pretende?

Melhorar a comunicação entre as Operadoras e seus beneficiários, induzindo que a solução dos conflitos se dê diretamente, sem necessidade de intervenção da ANS.

Avançar na solução das falhas de mercado identificadas e atingir maiores e melhores resultados no que se refere ao atendimento das Operadoras às solicitações de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentadas por beneficiários, o que é o principal fato gerador das reclamações registradas pela ANS em seus canais de atendimento.



Da legitimidade

A presente proposta de Resolução Normativa – RN foi submetida à Consulta Pública nº 58 de 2015, que vigorou de 27 de maio de 2015 até 05 de julho de 2015.

Cumpre registrar que 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.



Principais Objetivos

- *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;*
- *Definir os canais que devem ser disponibilizados aos beneficiários para tais atendimentos, bem como determinações básicas sobre horários de funcionamento, estrutura, localização, divulgação, etc.;*



Principais Objetivos

- *Definir o momento e a forma de fornecimento do protocolo padronizado de tais atendimentos;*
- *Definir 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;*
- *Possibilitar a apresentação de requerimento de reanálise da solicitação de autorização para realização do procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, endereçado à Ouvidoria da Operadora.*



Princípios norteadores

- *Transparência, clareza e segurança das informações;*
- *rastreabilidade das demandas;*
- *presteza e cortesia;*
- *racionalização e melhoria contínua.*



Canais de atendimento

- *Atendimento presencial, indicando os endereços disponíveis;*
- *Atendimento telefônico, contendo número(s) da central de atendimento respectiva;*
- *Internet (facultativa, para fins de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial.*



Atendimento presencial

► *Critérios (Capital ou região de maior atuação dos produtos):*

- Concentração de beneficiários superior a 10% do total de sua carteira; e
- número de beneficiários naquela área não seja inferior ao limite de 20.000 (vinte mil).

OPS desobrigadas: exclusivamente odontológicas, filantrópicas e autogestões.



Atendimento presencial

► Conceitos:

- *Região de maior atuação do produto: para as operadoras cujos beneficiários estejam concentrados em município distinto da capital do Estado;*
- *Concentração de beneficiários: é aquela localidade em que a operadora possui o quantitativo referente ao percentual de 10% (dez por cento) de beneficiários da totalidade de sua carteira.*



Atendimento telefônico

► *Critérios:*

- *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.*

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



Atendimento telefônico

► *Critérios:*

- *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.*

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



Protocolo

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

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.



Prazos para atendimento (resposta)

- *Urgência e emergência: Resposta imediata*
- *Outros casos em que não é possível resposta imediata: Em até 5 dias úteis*
- *Casos em que o prazo máximo para garantia de atendimento é inferior a 5 dias úteis: Prazo previsto na RN n° 259/2011
ex. serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis.*
- *Procedimentos de alta complexidade ou internação eletiva: Em até 10 dias úteis*



Em caso de negativa de autorização

Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, a operadora deve 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.

Quando: no momento em que prestar a resposta, conforme prazos do slide anterior.

Obs. O beneficiário poderá requerer que as informações prestadas sejam encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico no prazo máximo de 24 horas.



Pedido de reanálise

- *Quando pode ser requerido?*

No mesmo ato de fornecimento da resposta direta ao beneficiário, a operadora deverá informá-lo acerca do prazo, forma e 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

- *Quem analisa?*

A Ouvidoria, obrigatoriamente

Obs. Caso a operadora esteja dispensada da criação de unidade organizacional específica de Ouvidora, as revisões apresentadas serão apreciadas pelo representante institucional previsto no art. 8º da RN nº 323, de 2013



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.
- 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.



Obrigada

Disque ANS: 0800-7019656



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ansreguladora)



[@ans_reguladora](https://twitter.com/ans_reguladora)



[ansreguladora](https://www.youtube.com/ansreguladora)



Ministério da
Saúde

