

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Agência Nacional de Saúde Suplementar

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 395, DE 14 DE JANEIRO DE 2016

Dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em vista do que dispõem os incisos XXIV, XXVIII, XXXVII e XLI do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 16 de dezembro de 2015, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretora Presidente Substituta, determino a sua publicação.

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN define regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação.

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 São garantidos ao beneficiário, sem prejuízo das normas gerais aplicáveis aos serviços de atendimento ao consumidor:

I - 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 - respeito ao regramento referente ao sigilo profissional e à privacidade; e

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, devendo-se observar as prioridades de atendimento definidas em lei, quais sejam, pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo.

Art. 3º São diretrizes 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 Ressalvada a hipótese prevista no art. 9º, 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 ainda se há cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e/ou no correspondente instrumento contratual firmado para prestação do serviço de assistência à saúde suplementar.

Art. 5º Para prestarem o atendimento previsto no art. 4º, as operadoras deverão 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 da respectiva central de atendimento.

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

Art. 6º As operadoras deverão disponibilizar unidade de atendimento presencial, de que trata o inciso I do art. 5º, 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. O disposto no caput não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas, as filantrópicas e as autogestões.

Art. 7º O atendimento telefônico de que trata o inciso II do art. 5º deve ser assegurado:

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

II - nos dias úteis e em horário comercial, nas operadoras de pequeno e médio porte, nas exclusivamente odontológicas e nas filantrópicas, exceto para os casos envolvendo garantia de acesso a coberturas de 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, aplicando-se, para tanto, as regras do local onde funcionar o atendimento.

Art. 8º Sempre que houver a apresentação de solicitação de 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 Qualquer solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial deve ser emitida por profissional de saúde devidamente habilitado.

§ 2º A apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial à operadora poderá ser feita pelo prestador em nome do beneficiário.

§ 3º Para os fins desta Resolução, o número de protocolo fornecido pela operadora ao beneficiário deverá observar o padrão previsto na ficha técnica constante do Anexo I.

§ 4º Independentemente do porte, as operadoras 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 da gravação e registro.

§ 5º Os canais de atendimento ao beneficiário voltados à 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 o prazo de 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 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 na RN nº 259, de 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 por profissional de saúde devidamente habilitado, seja ele credenciado ou não, a operadora 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 previsto no § 1º deverá considerar o horário de funcionamento de suas unidades de atendimento.

Art. 11. Fornecida resposta direta ao beneficiário sobre o resultado da análise de sua solicitação de procedimento e/ou serviço 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 RN nº 323, de 3 de abril de 2013.

§ 1º 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.

§ 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 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 observância às regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial.

Art. 12. Em qualquer hipótese, o atendimento às solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentadas pelos beneficiários às operadoras deverá ser concluído, nos termos desta Resolução, observando-se os prazos previstos na RN nº 259, de 2011.

Parágrafo único. As informações prestadas em atendimento a esta Resolução deverão observar o Padrão TISS, disciplinado pela RN nº 305, de 9 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 às Notificações de Intermediação Preliminar - NIP.

Art. 14. Os beneficiários, caso assim solicitem, terão acesso, sem ônus, aos registros de seus atendimentos, em até 72 (setenta e duas) horas da solicitação respectiva, respeitado o disposto no § 4º do art. 8º.

Art. 15. A presente Resolução não afasta a necessidade de observância, pelas operadoras, do disposto no Decreto nº 6.523, 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.

Art. 16. A RN 124 passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo: Art. XX. Deixar de observar as regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial, exceto quando a conduta configurar negativa de cobertura, caso em que será aplicada a sanção desta sanção - multa de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).

Art. 17. Fica revogada a RN nº 319, de 5 de março de 2013 e fica revogado parágrafo único do art. 74 da RN nº 124, de março de 2006.

Art. 18. Essa resolução normativa entra em vigor em 120 (cento e vinte) dias após sua publicação.

SIMONE SANCHES FREIRE

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde
