

PERGUNTAS E RESPOSTAS RN Nº 623/2024

A Resolução Normativa nº 623/24 dispôs as regras de atendimento a serem observadas pelas operadoras e pelas administradoras de benefícios diante das solicitações de beneficiários, sejam elas de natureza assistencial ou natureza não assistencial, em qualquer modalidade de contratação.

O normativo estabelece diretrizes para o atendimento, como a transparência, a clareza e a segurança das informações, a rastreabilidade das demandas e a cortesia no relacionamento com o consumidor. A resolutividade no âmbito das Centrais de Atendimento/SACs passa a ser um novo princípio, devendo os entes regulados envidar maiores esforços nesse sentido, além da obrigatoriedade de acrescentar em sua governança interna sua medição.

O crescimento das demandas de reclamações na ANS vem sendo acompanhado ao longo do tempo por meio de indicadores, sendo que até o presente momento não havia consequências regulatórias/fiscalizatórias com esse foco. Com o normativo pretende-se mudar essa realidade com a criação de repercussões e efeitos para aquelas operadoras que não atingirem determinadas metas de entrada de reclamações. Por sua vez, para aquelas com a iniciativa responsiva de ajustar seus fluxos de trabalho haverá incentivos.

A FAQ a seguir possui a finalidade de reforçar as regras evidenciando o esforço adicional do órgão regulador no detalhamento da melhor forma de algumas questões de ordem prática/operacionais a partir das indagações recepcionadas, sendo certo, contudo, que aspectos particulares das entidades reguladas que não estejam contemplados devem se guiar pela observância das diretrizes e princípios positivados nos artigos 3º e 4º da referida Resolução.

I - MEIOS DE ATENDIMENTO

1. Onde deve ser instalada a unidade de atendimento presencial?

Sem mudanças nesse ponto na RN nº 623/2024 em comparação com a RN nº 395/16. As operadoras continuam tendo que disponibilizar unidade de atendimento presencial, no mínimo nas capitais dos Estados ou regiões de maior atuação dos seus produtos, pelo período mínimo de oito horas nos dias úteis, respeitando o mero aprimoramento quanto ao horário de início e término a distribuição pelos turnos matutino e vespertino, 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 vinte mil.

A implementação do atendimento presencial é facultativo às operadoras exclusivamente odontológicas, às filantrópicas e às autogestões.

Maiores informações podem ser visualizadas no link: <http://www.ans.gov.br/aans/transparenciainstitucional/busca-de-entendimentos-da-difis> verificar o entendimento nº 6.

2. “O artigo 7º da RN nº 623/2024 estabelece que o atendimento presencial deve ocorrer pelo período mínimo de 08 horas nos dias úteis. O dispositivo normativo comporta exceções? A operadora deve observar o dispositivo mesmo em datas como 24/12, 31/12 e quarta de cinzas (carnaval)? Pode ocorrer flexibilidade no atendimento nestas datas festivas? Ficamos no aguardo de um retorno breve”

Não há previsão legal no âmbito da saúde suplementar de redução de horário se forem dias úteis nos termos legais. Destacamos que a OPS deve observar os regramentos locais nos atendimentos presenciais para o atendimento às exigências normativas para fins de distribuição das horas nos turnos matutinos e vespertinos, conforme art. 8º, § único da RN nº 623/24. Reforça-se que essas exceções não se aplicam aos atendimentos telefônicos e virtuais, os quais possuem disciplina própria tratada no âmbito do novo normativo.

3. As operadoras exclusivamente odontológicas que tiverem atendimento de urgência e emergência devem possuir atendimento telefônico 24 horas? Deve ser sempre guiado por atendimento humano?

Essa questão está disciplinada nos artigos 8º e 9º da RN nº 623/24.

As operadoras exclusivamente odontológicas, independentemente do porte, para os casos envolvendo garantia de acesso a coberturas de serviços e procedimentos de urgência e emergência, deverão estruturar o atendimento por canal telefônico para orientação por vinte e quatro horas, sete dias da semana.

Quanto à garantia de opção de atendimento humano por todo o período da ligação telefônica, nos casos de operadoras odontológicas com menos de quinhentos mil beneficiários, tal opção pode ser substituída por meio eletrônico nas demandas assistenciais de urgência e emergência.

4. Com o artigo 6º da RN nº 623/2024 passa a ser obrigatória a divulgação e disponibilização do atendimento virtual. Neste caso, a Operadora pode restringir por exemplo, um horário para o recebimento de e-mails ou esse canal também deve estar disponível 24h por dia, 7 dias da semana, sendo computado para o início da contagem do prazo a data de recebimento da solicitação (e-mail)?

Durante os debates da nova norma, identificou-se que a pandemia acelerou a transformação digital das operadoras com novas soluções que convergiam para uma maior acessibilidade e transparência das etapas de análise das solicitações. Em geral, tais plataformas dispensam a interação com um funcionário e, portanto, não existe restrição de horário para o atendimento virtual na RN nº 623/24. Quanto aos prazos, os canais de atendimento previstos deverão estar integrados, de modo que a entrada por quaisquer deles inicia o prazo de análise da solicitação.

5. Para fins de cumprimento do art. 6º, III, da RN nº 623/24, a operadora pode eleger qual(is) meio(s) virtual(is) irá disponibilizar (art. 13, § único)?

A RN nº 623/24 dispõe em seu artigo 6º a obrigatoriedade de que a Operadora tenha os meios presenciais, telefônicos e virtuais obrigatoriamente, observadas as exceções normativas.

A Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde deve buscar a melhor solução tecnológica para estruturar o seu atendimento virtual. A Resolução Normativa não fixou as opções de antemão, deixando a cargo dos entes regulados as melhores escolhas, já que como analisado em Notas Técnicas que acompanharam a decisão normativa, após a pandemia houve a consolidação do atendimento virtual, avançando na entrega de soluções satisfatórias de serviços digitais, conforme trecho da Nota Técnica nº 5/2024/COESP/ASSNT-DIFIS/DIRAD-DIFIS/DIFIS ([29668933](#)): *"Ante os avanços tecnológicos que cada vez mais conduzem ao prestígio de canais virtuais de atendimento/acompanhamento de demandas, acatou-se contribuição no sentido que é obrigatória a disponibilização do acesso ao andamento da solicitação do beneficiário por meio virtual, conforme canal indicado pela operadora, sem prejuízo do fornecimento das informações por meio presencial ou telefônico. Em suma, não se adentra em aspectos de microrregulação, cabendo a operadora avaliar a forma de cumprimento, se por meio de aplicativo em smartphone, área no site, notificação por e-mail, SMS ou canal de mensagens. O acatamento dessa contribuição foi norteado pelas diretrizes do art. 3º da proposta como transparência, clareza e segurança das informações; rastreabilidade das demandas; e racionalização e melhoria contínua."*

Assim, a tomada de decisão interna na escolha do meio virtual a ser disponibilizado deve ser guiada pelas garantias e diretrizes expressamente definidas.

6. “Prezados, Gostaríamos de esclarecer sobre a comunicação das negativas aos beneficiários que trata a RN 623. Vocês compreendem como ok o envio de mensagem de texto informando que há uma negativa de evento e indicando que o beneficiário acesse o aplicativo para ter acesso a carta formal desta negativa? Desde já agradecemos.”

O questionamento nos fora direcionado referindo-se ao acesso do documento comprobatório da negativa por meio de aplicativo ou outra forma virtual. O alcance da expressão “assegurada sua ciência” será analisada no caso concreto frente às diretrizes normativas trazidas pelo art. 4º da RN nº 623/2024. Importante reforçar a necessidade de monitoramento pela operadora se o meio de comunicação eleito está sendo acessível ao perfil de usuário de sua carteira (art. 4º VI c/c § 1º, RN nº 623/24).

II - PROTOCOLO

7. Quando a operadora deve fornecer o número de protocolo de atendimento?

A RN nº 623/24 ratifica a rastreabilidade da demanda como uma importante diretriz em seu art. 4º, II, já prevista na RN nº 395/16.

Sempre que houver a apresentação de solicitação de procedimento ou serviço de cobertura assistencial ou não assistencial pelo beneficiário, independente do canal pelo qual seja realizado, deverá ser fornecido número de protocolo como primeira ação, no início do atendimento.

8. Há necessidade de fornecimento de protocolo para prestador de serviço?

A RN nº 623/24 não dispõe sobre solicitações advindas de prestadores de serviços ou outras partes do processo que não sejam os beneficiários ou seus representantes. Além disso, deve ser adotada solução que atenda a necessidade quanto a existência de canal próprio entre operadora e prestador de serviço para a apresentação direta de pedidos de autorização dos serviços prestados. Importante ressaltar que esse canal para os prestadores não exige a oferta obrigatória de canais de atendimento ao beneficiário e da garantia de acompanhamento pelo beneficiário sobre as etapas dessa solicitação (art. 10, §3º RN nº 623/24),

9. Há necessidade de fornecimento de protocolo para as autorizações automáticas e imediatas realizadas através do cartão de identificação do beneficiário?

Para as autorizações automáticas e imediatas pelo cartão de identificação de beneficiário de plano privado de assistência saúde, físicos ou digitais, não se vislumbra a obrigatoriedade de protocolo.

Ressalta-se que 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.

10. “Estamos em processo de implementação de um novo software para atendimento ao paciente por meio dos canais de redes sociais para atuarmos na adaptação da Resolução Normativa 623. Nosso objetivo é garantir que todos os contatos sejam devidamente registrados também em nosso ERP principal, onde realizamos a gestão dos nossos beneficiários. Dessa forma, gostaríamos de alinhar o padrão do número de protocolo que será disponibilizado ao cliente, seguindo a estrutura abaixo: Estrutura do Protocolo: XXXXXX – Registro da operadora; AAAA – Ano da data do contato; MM – Mês da data do contato; DD – Dia da data do contato; NNNNNN – Sequência numérica que identifica a ordem de entrada da manifestação na operadora. Considerando que utilizaremos mais de um sistema para recepcionar os atendimentos, gostaríamos de saber se é possível adotar a seguinte divisão da sequência numérica (NNNNNN) entre os sistemas, a fim de evitar duplicidade na geração dos protocolos: De 000001 até 799999 – Sistema 1 De 800000 até 999999 – Sistema 2 Dessa forma, cada sistema trabalharia com um intervalo exclusivo de numeração, preservando a unicidade e respeitando o padrão de protocolo estabelecido pela ANS.

O protocolo e sua estrutura são impostos pelo art.10 e seu parágrafo 4º, assim como o Anexo I da RN nº623/2024. Observe-se que a estrutura, conhecida pela operadora traz uma lógica de sequenciamento numérico e de data, não havendo qualquer dispositivo que vede a utilização do sistema de numeração trazido pela Operadora em seu questionamento.

Importante repisar que dentro dessa liberdade de conformação da solução de TI para a sua realidade, deve ser garantida a rastreabilidade da demanda ao beneficiário acessível com a integração entre os canais de atendimento (art. 4º, II da RN nº 623/24). Ou seja, por exemplo, um novo protocolo referente a mesma solicitação de atendimento não pode configurar o reinício do prazo definido na norma, exatamente a unicidade colocada pela consulente.

11. Operadoras frequentemente recebem ligações apenas para esclarecimento de dúvidas simples, sem relação com demandas assistenciais ou administrativas. Nestes casos, há obrigatoriedade de emissão de protocolo, ou seria admitido o uso de canal diferenciado para esse tipo de atendimento, sem emissão formal de número de protocolo? Nesse contexto, por conta da absorção das demandas não assistenciais pelo canal de atendimento, quais demandas não assistenciais devem ser tratadas por meio do canal de atendimento de que trata a RN 623, já que existe o SAC para as demandas de informações, sugestões, dúvidas, reclamações, contestação, suspensão ou cancelamento de serviços, que possuem rito e prazos próprios no Decreto nº 11.034/2022?

A indagação precisa ser respondida por meio da transcrição do conceito normativo das solicitações não assistenciais: *“demandas apresentadas pelos beneficiários, que não se referem à solicitação de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial, limitadas a questões atinentes à relação contratual estabelecida acerca do plano privado de assistência à saúde (ex: mensalidade, reajuste e outras cláusulas contratuais).”*

Assim, se uma solicitação de dúvida que não condiz com uma das obrigações não assistenciais do contrato, ela não carece de observância dos ditames da RN nº 623/24, sem prejuízo das regras de outras legislações cabendo citar que o Decreto nº 11.034/22 possui regramento sobre esses registros.

III – RELACIONAMENTO COM OUTRAS NORMAS (RN 566/22 - RoI / RN 323/13 – Ouvidoria / RN 424 - Junta)

12. A RN 623/24 altera procedimentos já estabelecidos por outras normas da ANS?

Não. Assim como a RN nº 395/2016 não tinha esse propósito de alterar qualquer outra norma editada pela ANS, a RN nº 623/24 não impacta em revogações/alterações tácitas de outras normas. Ela tem o escopo de dispor 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 apresentadas, bem como não assistenciais, em qualquer modalidade de contratação. Trata-se da transparência ao beneficiário em prol de resposta conclusiva no curso de sua jornada de solicitação. As tratativas finais, por exemplo, de materiais, a logística para a realização do procedimento, quando aplicáveis, não afastam o dever prévio de informar conclusivamente se o procedimento foi ou não autorizado ou se encontra no fluxo de junta médica. Frisa-se que a norma amplia a clareza em relação à RN nº 395/2016, tornando mais assertivos os pontos que dispõem no sentido que os prazos ora fixados não se confundem com os prazos para efetiva realização do procedimento, conforme art. 3º, § 1º da RN nº 566/22. Quanto a demandas não assistenciais, para fins da presente norma, em até 7 dias úteis o beneficiário deverá ser informado se deferida ou não deferida sua solicitação.

13. As normas dispostas na RN nº 623/24 se aplicam aos procedimentos de solicitação de reembolso?

As demandas decorrentes de reembolso podem ser relativas à cobertura ou serviço assistencial ou não, portanto, se sujeitam aos ditames da norma. Como regra, tais demandas possuem a característica de serviço assistencial. Quando se enquadrar nessa situação, como, por exemplo, a previsão contida no art. 10 da RN nº 566/22, a operadora deverá respeitar o fluxo de resposta assistencial da RN nº 623/24, sem alteração do prazo de efetivo reembolso, que deve ocorrer em até 30 dias, conforme legislação (art. 12, VI da Lei nº 9.656/98).

Por sua vez, a consulta à prévia de reembolso e divergência de valores são exemplos de demandas não assistenciais, pois se atrelam ao conceito previsto no art. 2º, inciso II, da RN nº 623/24.

14. Os prazos previstos na RN nº 623/24 tem o condão de alterar os prazos previstos na RN nº 566/22?

Não. O prazo da RN nº 566/22 sempre deve prevalecer. Desta forma, todo o tramite da operadora para o fornecimento de resposta ao beneficiário deve ocorrer no tempo hábil para que o procedimento seja concedido nos prazos estabelecidos na RN nº 566/22.

15. O procedimento de exame ou procedimento cirúrgico de caráter de emergência implicará na análise e resposta imediata (art. 12 I da RN 623) ou na resposta ordinária do procedimento (art. 12 II da RN 623)?

O conceito legal de urgência (art. 35-C da Lei 9.656/98) são os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. Assim, independem da declaração do médico assistente.

Os casos de emergência que são definidos como aqueles que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, devem ser caracterizados em declaração do médico assistente.

Assim, todas essas situações que *a priori* se enquadrem nessa natureza de solicitação devem observar o art. 12, I da RN nº 623/24 que espelha a lógica da RN nº 566/22, art. 3º, XVII que demanda a prestação imediata.

16. O prazo de 5 dias para o fornecimento de resposta ao beneficiário nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada previstos no artigo 12 da RN nº 623/24 tem o condão de alterar os prazos menores estabelecidos na RN nº 566/22?

Não. De acordo com o artigo 12 da RN nº 623/24, em qualquer hipótese, o atendimento às solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentadas pelos beneficiários às operadoras deverá observar os prazos previstos na RN nº 566/22.

17. Com relação ao prazo de até 10 dias úteis para resposta sobre autorização de procedimentos eletivos, é admitido que a operadora informe ao beneficiário a previsibilidade da realização do procedimento, ainda que esteja em fase de cotação de materiais ou definição de agenda?

O propósito central do art. 12 da RN 623/24 é levar as Operadoras a corrigirem o problema regulatório do relacionamento com seus beneficiários, de modo que o mencionado §5º conduza a uma regra impeditiva de resposta inconclusiva após o prazo dos incisos do art. 12.

O § 5º do art. 12 da RN nº 623/24 prevê que, em qualquer hipótese, não serão admitidas respostas genéricas para atendimento aos prazos como, por exemplo, “em análise”, “em processamento”, “em auditoria”. Em que pese tal obrigação, o mesmo dispositivo prevê que será possível uma resposta elencando em linguagem de fácil compreensão ao beneficiário as pendências de logística para realização do procedimento.

Ao estruturar essa resposta em situações aplicáveis, a Operadora deve sempre observar diretrizes do art. 4º, especialmente transparência, clareza e segurança das informações, tempestividade e resolutividade da demanda, assim como deve se ater ao prazo de efetiva realização na forma da RN nº 566/22. Em outros termos, esses aspectos logísticos não podem inviabilizar a realização tempestiva do procedimento, como por exemplo, serem prolongados até o final do prazo da RN nº 566/22.

18. Considerando que o prazo disposto no art. 12, II da RN nº 623/24 é pautado em dias úteis, a forma de contagem dos prazos começaria no dia seguinte da solicitação, ou se a data em que a solicitação é imputada seria considerada como D1?

Usando como exemplo a contagem de prazo para realização de uma consulta eletiva em pediatria prevista na RN566/2022:

Solicitação da consulta: 05/05/2025

Prazo= 7 dias úteis

Prazo para realização da consulta: 14/05/2025 (começando a contagem no dia útil seguinte a realização) ou 13/05/2025 (começando a contagem exatamente no dia útil em que a solicitação é apresentada a Operadora)?

De antemão se reafirma que nenhuma estipulação da RN nº 623/24 promove qualquer alteração dos prazos da RN nº 566/22, e, por essa razão, a contagem dos seus prazos segue a mesma lógica da RN nº 566/22, sendo que a contagem do prazo inicia e computa o dia da solicitação (prazo material).

Essa premissa de que a RN nº 623/24 não provoca qualquer revogação/alteração tácita em outros normativos relacionados indiretamente ao seu objeto principal está positivada no § 1º que afirma que nos casos de solicitação de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial em que os prazos máximos para garantia de atendimento, previstos na RN nº 566/22, sejam inferiores ao prazo previsto no inciso II, a resposta da operadora ao beneficiário deverá se dar dentro do prazo previsto na RN nº 566/22.

Quanto aos prazos de que trata a RN nº 623/2024 entende-se que devam ser contados a partir do dia útil subsequente, ressalvado, é claro, situação em que a resposta for imediata.

19. A reanálise da solicitação dos beneficiários, prevista no art. 16 da RN nº 623/24, deve ser realizada no prazo previsto no art. 3º, VI da RN nº 323/2013?

Conforme o previsto no art. 12 da RN nº 623/24, o prazo, a forma e o procedimento a serem observados para apresentação do requerimento de reanálise devem ser definidos pela Operadora e informados ao beneficiário quando lhe for fornecida resposta direta sobre o resultado da análise de sua solicitação. A reanálise não traz qualquer efeito sobre os prazos da RN nº 566/22. Não suspende ou interrompe o prazo, sendo um ponto a ser considerado pelas operadoras na sua governança interna.

20. Para fins do art. 16 da RN n.623/2024 aplica-se a reanálise pelo ouvidor de solicitação não assistencial?

O art. 16 da RN nº 623/24 traz obrigações de comunicação aos beneficiários pela Operadora, no momento da negativa do procedimento ou serviço de cobertura assistencial. Ele define um rol de elementos mínimos que devem ser orientados no atendimento, em linguagem clara e adequada. Por outro lado, imperioso reafirmar que a RN nº 623/24 não altera a RN nº 323/13 que dispõe sobre regras específicas do funcionamento da Ouvidoria e deve ser observada de forma harmônica pelas Operadoras. Não há naquele normativo distinção sobre a natureza da demanda para o Ouvidor atuar na tutela do direito de beneficiários, sua função essencial. É certo que o termo “reanálise” tem como ideia uma estruturação mais precisa de etapas, não tendo a norma entrado nesse detalhamento ou foco para a demandas não assistenciais, ao menos nessa oportunidade. O que se pretende é a mudança da cultura organizacional com base em algumas premissas: 1) maior acesso ao representante do beneficiário dentro da operadora 2) A atuação do Ouvidor não se restringe à natureza da demanda, o que não é sinônimo necessariamente de um rito denominado “reanálise”. 3) O ouvidor deve ser capaz de atuar na tutela dos direitos dos beneficiários de forma proativa e não apenas reativa do que lhe é submetido formalmente, não importando a nomenclatura utilizada. 4) Como expressão do item 3 o Ouvidor deve acompanhar a taxa de resolutividade de demandas nas centrais de atendimento da operadora (art.4o, parágrafo único). E ainda, segundo da RN nº 323/2012, propor melhorias nos fluxos de trabalho das operadoras no exercício da sua missão de tutelar os direitos e garantias dos beneficiários.

21. Considerando o art. 20 da RN nº 424/17, no qual está expresso que o parecer final da junta não configura negativa de cobertura assistencial. Cabe reanálise de negativa em face do parecer final de Junta Médica ou Odontológica?

Quanto ao direito de requerer a reanálise de uma solicitação submetida à Junta Médica/Odontológica, a indicação constante do parecer conclusivo do desempatador pela não realização do procedimento não caracteriza possível negativa de cobertura assistencial indevida por parte da operadora, logo, não caberá pedido de reanálise.

22. No caso do dever de informação descrito no § 3º do art.12 da RN nº 623/24, a resposta haverá de ser concedida no prazo imposto no art. 19 da referida RN nº 424, que impõe a comunicação em dois dias úteis após a elaboração do parecer técnico conclusivo?

A indagação exposta traz a interface entre os normativos RN nº 623/24 e a RN nº 424/17, sendo que deve ser observado o exposto no parágrafo 3º do art.12 citado:

“Caso tenha sido instaurada motivadamente junta médica/odontológica, na forma da normatização vigente, o dever de informação ao beneficiário será considerado atendido quando observados a forma e prazos previstos na Resolução Normativa nº 424, de 26 de junho de 2017, ou norma que vier a sucedê-la.”.

A partir de uma leitura atenta da RN nº 424/17, especialmente no seu art. 10, é possível se denotar que a Junta Médica/Odontológica pressupõe a manutenção de comunicação com o beneficiário, nas fases iniciais e intermediárias. E após, já em conclusão, a resposta haverá de ser concedida no prazo imposto no art.19 da referida RN nº424/17, que impõe a comunicação em dois dias úteis após a elaboração do parecer técnico conclusivo.

Assim, respondendo objetivamente ao indagado é possível que o prazo de 10 dias úteis acabe sendo dilatado, na prática, em virtude dos prazos da instauração da junta médica. Sendo importante frisar que essa decisão organizacional da operadora deverá levar em conta que todo esse processo de análise deverá garantir a prestação da assistência, dentro do prazo descrito na RN nº 566/22, conforme art. 12, § 4º da RN nº 623/22.

23. Em procedimentos que não estão classificados como PAC ou regime de internação eletiva, o prazo de resposta segue o art. 12 da 623/24 ou da RN 566/22?

Não há nenhuma alteração de prazo da RN nº 566/22 pela entrada em vigor da RN nº 623/24, inclusive isso foi devidamente disciplinado no art. 12. Em termos práticos, no prazo de resposta da RN 623/24, a operadora deve responder ao beneficiário solicitante objetivamente em linguagem clara e adequada se o pedido foi autorizado. E no prazo da RN nº 566/22 efetivar a prestação do serviço de assistência.

IV – DEVER DE GUARDA

24. O artigo 10, § 5º da RN nº 623/24 estabelece o prazo para arquivamento das gravações e demais registros de atendimento, sendo 90 dias para as gravações e 2 anos para os demais registros. Entretanto, o art. 10, §7º obriga a conservação por cinco anos, quando o beneficiário exercer o seu direito de reclamação dentro do prazo previsto no parágrafo 5º. Dúvida a operadora deve guardar por 5 anos somente o atendimento, protocolo, registro que foi reclamado pelo beneficiário ou a regra de guarda de 5 anos se aplica para todos os atendimentos do beneficiário que exerceu o direito de reclamação?

A Operadora deverá guardar por cinco anos a gravação, caso o direito de reclamação seja exercido em 90 dias a contar do atendimento. E deverá manter em arquivo os demais registros por cinco anos, caso ela exerça durante os dois anos de sua conservação, descrita no art. 10, § 5º.

Relevante reforçar a previsão normativa do § 8º desse mesmo art. 10 que denota a aplicação harmônica da RN nº 623/24 com outras legislações esparsas, dispondo que os prazos de guarda de que trata este artigo não afastam a incidência de legislação específica que estipule período superior.

V – REDUÇÃO A TERMO

25. Em caso de indeferimento, negativa do pedido de reembolso a operadora precisa observar as regras previstas na RN 623/24, reduzindo a termo e informar, detalhadamente, em linguagem clara e adequada, ao beneficiário, o motivo do indeferimento?

A solicitação envolvendo reembolso pode ter natureza assistencial ou não assistencial.

As solicitações não assistenciais são conceituadas na RN nº 623/24 como aquelas demandas apresentadas pelos beneficiários, que não se referem à solicitação de procedimentos ou serviços

de cobertura assistencial, limitadas a questões atinentes à relação contratual estabelecida acerca do plano privado de assistência à saúde (ex: mensalidade, reajuste e outras cláusulas contratuais).

O artigo 14 da mesma Resolução, impõe o dever de reduzir a termo e entrega ao solicitante nos casos de negativa de autorização para realização do procedimento ou serviço assistencial. Além disso, para as demandas não assistenciais, o artigo 15 define que as respostas às solicitações não assistenciais também devem observar a linguagem clara e adequada, devendo ser acompanhadas do devido esclarecimento ou motivo.

Assim, diante das diretrizes trazidas pelo art.4º é possível inferir que em ambas as situações de reembolso possíveis, ocorrendo indeferimento, negativa de reembolso, haverá o dever de reduzir a term. Por fim, a resposta ao questionamento 11 complementa a presente informação.

V – RESPOSTAS GENÉRICAS

26. É possível ter resposta parciais ou genéricas durante o prazo de análise? Durante o período destinado à resposta final ao beneficiário, em que não há elementos técnicos suficientes para decisão conclusiva é possível apresentar respostas do tipo “em análise”, “em processamento” isso porque de fato tal pedido encontra-se sendo analisado ou sendo processado internamente (artigo 12, §5º da RN 623/2024)?

O propósito central do art. 12 da RN 623/24 é levar as Operadoras a corrigirem o problema regulatório do relacionamento com seus beneficiários, de modo que o mencionado §5º conduza a uma regra impeditiva de resposta inconclusiva após o prazo dos incisos do art. 12.

Caso antes do prazo da RN 623/24, ainda seja insuficiente para decisão conclusiva o dever de informação e de acompanhamento da análise pelo beneficiário impõe que ele o prazo final de análise, acompanhado de outras informações pertinentes em linguagem clara e simples.

Em complemento, conforme as diretrizes do art. 4º incorporadas a partir do Decreto do SAC especialmente a tempestividade e a resolutividade da demanda, se a Operadora já possui uma resposta conclusiva acerca da solicitação deve apresentá-la, uma vez que em nenhuma hipótese, como já afirmado em outras perguntas desse documento, há alteração de prazos da RN nº 566/22.

Não sendo uma boa prática de atendimento que ela se valha dos prazos de resposta da RN nº 623/24 até o final para entrega de uma resposta conclusiva da análise, caso já possua internamente. Ao contrário, uma conduta de análise célere tende a evitar conflitos geradores de assimetria de informação do beneficiário que desaguam em registros de reclamações de demandas NIPs, bem como judicialização dos casos.

VI - INCENTIVOS REGULATÓRIOS

27. O programa se aplica a todas as operadoras, inclusive às administradoras de benefícios?

Embora a RN nº 623/24 se aplique às operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo as Administradoras de Benefícios, o incentivo proposto pelos artigos 25 e 26 da referida Resolução não se aplica às Administradoras de Benefícios. Isto ocorre porque elas não são objeto de mensuração de desempenho e performance pelo IGR, parâmetro a ser empregado na concessão de benefícios, em razão da não-obrigatoriedade do fornecimento de vidas administradas. Por simetria a aplicação da circunstância agravante também não lhe é aplicável.

28. Como a ANS definirá os parâmetros de elegibilidade das Operadoras para requererem o desconto previsto no artigo 26 da RN 623/24?

A ANS utilizará os parâmetros descritos no artigo 26 da RN nº 623/24 a partir do desempenho do IGR das operadoras **no mês de junho de 2025**. Ou seja, o candidato deverá ter a performance no IGR individual, dentro dos limites máximos descritos, no § 2º do artigo 26, sendo eles:

I – 30,5 (trinta inteiros e cinco décimos) para operadoras com beneficiários em produtos com cobertura assistencial médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica;

II – 0,7 (sete décimos) para operadoras com beneficiários em produtos com cobertura exclusivamente odontológico.

Há outros parágrafos no art. 26 e o art. 27 que complementam a informação.

29. E os parâmetros das Operadoras que possuam beneficiários em produtos com cobertura médico hospitalar e outros em produtos com cobertura exclusivamente odontológica? Como será o critério de elegibilidade?

Essa regra segue o padrão atual do IGR divulgado que mensura sua performance nos produtos com cobertura médica hospitalar, separadamente dos produtos com cobertura exclusivamente odontológica. Assim, ela deverá ter a performance em ambos os limites, cumulativamente para ser elegível. Esse regramento está melhor detalhado na ficha técnica.

30. Como será a operacionalização desses direitos?

A partir da análise da base de dados do IGR, a ANS identificará aquelas operadoras elegíveis para o exercício do direito de requerimento dos descontos e serão cientificadas acrescido de outras informações sobre o trâmite. A partir dessa data, tais operadoras deverão exercer o direito em até 90 dias com a apresentação de requerimento de pagamento antecipado e à vista, nos respectivos processos administrativos sancionadores com exceção das apurações que envolvam casos de urgência e emergência.

31. Quais são os incentivos previstos de desconto especial? São os mesmos já delineados no art. 33 e 41 da RN 483/22?

Os descontos previstos pela RN nº 623/2024 são maiores que os descontos ordinários previstos nos art. 33 e 41 da RN nº 483/22, variando de acordo com a fase processual que os processos sancionadores se encontrarem, seguindo a regra de quanto mais avançados estiverem, menor será a alíquota de desconto.

I - Desconto de 60% (sessenta por cento) da multa de processos administrativos sancionadores, pendentes de primeira instância, ainda que o prazo de defesa já tenha sido finalizado, cujo cálculo considerará somente o valor da multa correspondente à infração administrativa apurada no auto de infração ou na representação lavrados, excluindo as causas de aumento e diminuição da pena, as agravantes e atenuantes, aplicando-se, contudo, os fatores de compatibilização previstos na norma que dispõe sobre a aplicação de penalidades no âmbito da ANS; ou

II – Desconto de 40% (quarenta por cento) da multa de processos administrativos sancionadores com decisão de primeira instância, mas ainda pendentes de juízo de reconsideração ou decisão de segunda instância, cujo cálculo considerará o valor da multa aplicada pela última decisão condenatória proferida no processo.

Para os presentes fins o requerimento não precisa ser vinculado à etapa processual ordinária dos arts. 33 e 41 da RN nº 483/22. Na regra transitória, o que se considera é se o processo está pendente de decisão de primeira instância ou pendente de decisão de segunda instância.

32. Todas as infrações apuradas em processos sancionadores são objeto possíveis de requerimento de desconto?

Não, a norma excepciona as infrações de natureza potencialmente coletivos, aquelas com a previsão de sanção de multas diárias, bem como os processos administrativos em se apura casos de urgência e emergência.

33. O requerimento de desconto servirá como confissão do requerente quanto à matéria de fato e reconhecimento da ilicitude da conduta?

Tal como já previsto no artigo 33 da RN nº 483/22, esse requerimento servirá como confissão para fins administrativos para gerar o efeito da preclusão lógica que qualquer matéria de defesa posteriormente será desconsiderada.

34. Como ficam as operadoras que já tem IGR igual ou menor que os critérios descritos na pergunta 26?

Esse programa representa uma janela transitória inicial de indução de mudança de comportamento do mercado regulado. Os agentes que ostentem os requisitos de elegibilidade dos parâmetros já em dezembro/24 deverão ao menos mantê-los até junho de 2025, sob pena de não serem enquadrados. Para além, lembre-se que as metas de redução de IGR e de excelência e respectivos incentivos serão perenes, com classificação trimestral conforme a data do fato, após 1º de julho de 2025. Desse modo, espera-se que as operadoras na condição em apreço não se acomodem, perquirindo melhores ranqueamentos.

35. Esse programa transitório da RN nº 623/24 se confunde com a transação extraordinária de que tratam o art. 22 da Lei nº 14.973, de 16 de setembro de 2024, a Portaria Normativa AGU nº 150, de 4 de outubro de 2024 e Edital de Transação por Adesão nº 1/2024?

Não, os procedimentos de transação liderados pela AGU, possuem objetivos, requisitos e prazos distintos do aqui pretendido.

36. Ultrapassada a regra transitória, os incentivos trimestrais de Meta de Excelência de IGR trimestral ou Meta de Redução de IGR trimestral são cumulativos?

Não, em nenhuma hipótese os incentivos se acumulam, conforme se extrai da ficha técnica. A operadora poderá no site da ANS conferir se foi enquadrada como IGR Excelência, IGR Redução ou não alcançou a meta naquele trimestre analisado.

37. A Operadora que ao final do período analisado reduziu menos que uma unidade e chegou à Meta de Excelência. Será considerado atingimento da Meta de Excelência para aquele período e não meta de redução de IGR trimestral?

Sim, o objetivo central do IGR Redução é que a operadora mantenha o esforço de melhorar o serviço prestado a seus beneficiários, e que isso reflita no seu IGR trimestral, almejando alcançar a próxima meta possível (Meta de Excelência) de que trata o item 1.1. Se esta for atingida com uma redução inferior a uma unidade, passa ao status da listagem de Operadora com os incentivos do IGR Excelência.

38. As Operadoras que possuam beneficiários em produtos com cobertura médico-hospitalar e beneficiários em produtos com cobertura exclusivamente odontológica serão consideradas nas duas listas de cálculo do IGR trimMH e IGR trimOD ?

Sim, essas operadoras devem obter cumulativamente a redução em 2 trimestres consecutivos no IGR_trimMH e no IGR_trimOD, ou obter a redução em dois trimestres consecutivos em um dos IGRs e já estar na meta de Excelência no outro IGR no período analisado.

39. Qual o calendário previsto para as primeiras divulgações/efeitos?

As operadoras elegíveis serão notificadas até 30/09/2025 para usufruir da regra transitória.

A classificação referente a julho a setembro de 2025 será divulgada até 29/12/2025 e se limitará à lista das operadoras que atingiram a Meta de Excelência do IGR trimestral.

A classificação referente a outubro e dezembro de 2025 será divulgada até 31/03/2026. Contemplará pela segunda vez a lista das operadoras que atingiram a Meta de Excelência do IGR trimestral e pela primeira vez a Lista de Redução do IGR Trimestral. E assim, sucessivamente.

A aplicação da circunstância agravante para demandas abertas naquele trimestre avaliado pressupõe que a operadora não seja enquadrada nas duas Metas. Desse modo, os efeitos do novo art.7º, inciso IV da RN nº 489/22 ocorrerão a partir de demandas abertas em 1º de outubro de 2025 em diante.

Trim	Marcos e Trimestres	Último dia do trimestre ou data referência	Processamento/ Congelamento até ⁽¹⁾	Divulgação até ⁽²⁾	O que será divulgado e/ou outras informações
-	Publicação da RN 623/24	20/12/2024	-	-	-
-	Início da vigência do Normativo	01/07/2025	-	-	-
-	-	IGR em Junho/2025	30/08/2025	30/09/2025	Informar às Ops elegíveis para usufruir da regra de Disposição Transitória - Cálculo do IGR do mês de junho
1	jul a set/2025	30/09/2025	29/11/2025	29/12/2025	Lista de Excelência IGR_trim_MH e IGR_trim_OD (trim 1)
2	out a dez/2025	31/12/2025	01/03/2026	31/03/2026	Lista de Excelência IGR_trim_MH e IGR_trim_OD (trim 2) Lista de Redução IGR_trim_MH e IGR_trim_OD (trim 0 ⁽³⁾ a 2) Início dos efeitos da circunstância agravante ⁽⁴⁾
(...)					

(1) Em até 60 dias após o final do trimestre

(2) A divulgação no site da ANS será feita em até 30 dias após o congelamento dos dados.

-
- (3) O trimestre 0 para fins de geração da primeira Lista de Redução é o correspondente a abr a jun/25. Representa o parâmetro inicial que norteará a comparação com os dois trimestres consecutivos, conforme fórmula dessa meta na ficha técnica: $IGR\ trim_x < IGR\ trim_{x-1} < IGR\ trim_{x-2}$
- (4) Circunstância agravante para demandas instauradas no trimestre analisado.