

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 19/12/2024 | Edição: 244 | Seção: 1 | Página: 285

Órgão: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 623, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2024

Dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Administradoras de Benefícios nas solicitações de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, bem como não assistenciais, 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 o inciso III do art. 24, além do art. 43 e art. 45, todos da Resolução Regimental nº 21, de 26 de janeiro de 2022, em reunião realizada em 16 de dezembro de 2024, adota a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

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

Parágrafo único. Aplica-se a presente norma às Administradoras de benefícios de acordo com o exercício de suas atribuições legais e regulamentares.

Art. 2º Para fins desta Resolução Normativa, considera-se:

I - atendimento: a interação entre o beneficiário e a operadora, independentemente do originador da interação, efetivada por qualquer dos canais previstos no art. 6º; e

II - 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).

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 3º 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.

§ 1º 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.



§ 2º O atendimento adequado às demandas tratadas nessa Resolução Normativa alcança a acessibilidade.

Art. 4º 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;

V - tempestividade; e

VI - resolutividade da demanda

§ 1º As operadoras deverão instituir metodologia própria para medir a resolutividade de demandas em suas respectivas centrais de atendimento com acompanhamento da unidade da Ouvidoria da Operadora.

§ 2º A ANS poderá solicitar o envio de documento contendo a descrição e dados suficientes para verificação do cumprimento do § 1º e como insumo para a atividade fiscalizatória.

Art. 5º Ressalvadas as hipóteses previstas nos arts. 11 e 12, quando demandadas, as operadoras deverão prestar aos seus beneficiários, de forma imediata, as devidas informações e orientações sobre o procedimento ou serviço assistencial ou não assistencial solicitado, prestando os esclarecimentos necessários conforme legislação ou regulamentação do setor de saúde suplementar ou com base no correspondente instrumento contratual firmado.

Art. 6º Para prestarem o atendimento previsto nesta Resolução Normativa, 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;

II - atendimento telefônico, contendo número da respectiva central de atendimento; e

III - atendimento virtual.

Art. 7º As operadoras deverão disponibilizar unidade de atendimento presencial, de que trata o art. 6º, inciso I, no mínimo nas capitais dos Estados ou regiões de maior atuação dos seus produtos, pelo período mínimo de oito horas nos dias úteis, observado o art. 8º, parágrafo único, 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.

Parágrafo único. O atendimento disposto no caput é facultativo às operadoras exclusivamente odontológicas, às filantrópicas e às autogestões.

Art. 8º O atendimento telefônico de que trata o art. 6º, inciso II, deve ser assegurado:

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

II - nos dias úteis e pelo período mínimo de oito horas, nas operadoras de pequeno e médio porte, 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 vinte e quatro horas, sete dias da semana; e

III - nos dias úteis e pelo período mínimo de oito horas, nas operadoras exclusivamente odontológicas e nas filantrópicas, independentemente do porte, 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 vinte e quatro horas, sete dias da semana, ressalvado o disposto no art. 9º, III, "c" desta Resolução.

Parágrafo único. O funcionamento diário, por no mínimo oito horas, respeitará quanto ao horário de início e término a distribuição pelos turnos matutino e vespertino.



Art. 9º O atendimento telefônico deverá observar:

I - menu de opções em linguagem clara e adequada, que contemple, independentemente da nomenclatura utilizada, os aspectos trazidos por esta Resolução Normativa;

II - a transferência ao setor competente para atendimento da demanda, quando o primeiro atendente não tiver essa atribuição; e

III - a garantia de opção com atendimento humano por todo o período de que trata o art. 8º, exceto quando se tratar de:

a) demandas não assistenciais de operadoras de pequeno e médio porte, hipótese em que o atendimento humano pode estar limitado a dias úteis e por oito horas diárias, observado o art. 8º, parágrafo único;

b) demandas não assistenciais de operadoras exclusivamente odontológicas e de operadoras filantrópicas, independentemente do seu porte, hipótese em que o atendimento humano pode estar limitado a dias úteis e por oito horas diárias, observado o art. 8º, parágrafo único; e

c) demandas assistenciais de urgência e emergência de operadoras odontológicas com menos de quinhentos mil beneficiários, hipótese em que o atendimento humano pode ser substituído por atendimento telefônico por meio eletrônico.

§ 1º Quando utilizado mais de um canal telefônico para atender a presente Resolução, inclusive Ouvidoria, o portal da operadora na internet deve trazer de forma clara e ostensiva os respectivos canais de atendimento.

§ 2º O disposto no inciso II não se aplica à hipótese de demanda recepcionada pelo ente regulado não responsável, o que não o exime da obrigatoriedade da condução do atendimento por meio da indicação do canal adequado.

§ 3º O dever de comunicação de que tratam os § 1º e 2º aplicam-se ao atendimento presencial, telefônico e virtual.

Art. 10. 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 ou qual seja sua finalidade, deverá ser fornecido número de protocolo como primeira ação, no início do atendimento.

§ 1º Qualquer solicitação de procedimento ou serviço de cobertura assistencial deve ser emitida por profissional de saúde devidamente habilitado, conforme Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, ou norma que venha a sucedê-la.

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

§ 3º A existência de canal próprio entre operadora e prestador de serviço para a apresentação direta de pedidos de autorização dos serviços prestados não exime a oferta obrigatória de canais de atendimento ao beneficiário e da garantia de acompanhamento pelo beneficiário sobre as etapas dessa solicitação.

§ 4º Para os fins desta Resolução Normativa, o número de protocolo fornecido pela operadora ao beneficiário deverá observar o padrão previsto na ficha técnica constante do Anexo I.

§ 5º Independentemente do porte, excetuada a hipótese prevista no §6º, as operadoras deverão arquivar, pelo prazo de noventa dias, se gravação telefônica, ou dois anos, no que se refere a demais registros do atendimento.

§ 6º A operadora deverá fornecer ao beneficiário, em meio impresso ou eletrônico, os dados do seu atendimento, identificando o registro numérico de atendimento, assegurando a guarda, manutenção da gravação e demais registros, desde que estes sejam requeridos pelo beneficiário nos prazos previstos nos §§ 5º e 7º.

§ 7º A gravação e os demais registros do atendimento deverão ser arquivados pela operadora pelo prazo mínimo de cinco anos, quando o beneficiário exercer o direito de reclamação no prazo previsto no § 5º.



§ 8º Os prazos de guarda de que trata este artigo não afastam a incidência de legislação específica que estipule período superior.

Art. 11. As solicitações não assistenciais serão respondidas no prazo de sete dias úteis, contado da data de seu registro.

Art. 12. As solicitações de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial serão respondidas nos seguintes prazos:

I - as solicitações de procedimentos ou serviços de urgência e emergência devem ser respondidas imediatamente pela operadora, observadas as normas legais e infralegais em vigor; e

II - nos demais casos, as respostas devem ocorrer:

a) se não for possível fornecer resposta imediata, a operadora demandada terá o prazo de até cinco dias úteis, a partir da data da solicitação, para apresentá-la diretamente ao beneficiário; e

b) nas solicitações de procedimentos de alta complexidade - PAC - ou de atendimento em regime de internação eletiva, a operadora demandada terá o prazo de até dez dias úteis, a partir da data da solicitação, para apresentá-la diretamente ao beneficiário.

§1º Nos casos de solicitação de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial em que os prazos máximos para garantia de atendimento, previstos na Resolução Normativa nº 566, 29 de dezembro de 2022, sejam inferiores ao prazo previsto no inciso II, a resposta da operadora ao beneficiário deverá se dar dentro do prazo previsto na Resolução Normativa nº 566, 29 de dezembro de 2022.

§2º O prazo de resposta de que trata esse artigo se presta às seguintes informações:

I - aprovação/autorização do procedimento ou serviço de cobertura assistencial; ou

II - negativa do procedimento ou serviço de cobertura assistencial, na forma do art. 14.

§3º 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.

§4º O prazo de resposta de que trata este artigo não se confunde com a data da efetiva realização do procedimento que deve ocorrer conforme previsto na Resolução Normativa nº 566, 29 de dezembro de 2022, inclusive na hipótese do §3º, ressalvada a particularidade do art. 4º, § 2º da Resolução Normativa nº 424, de 2017.

§5º Em qualquer hipótese não serão admitidas respostas genéricas para atendimento aos prazos de que trata este artigo, como, por exemplo, "em análise", "em processamento", "em auditoria", devendo ser circunstanciada em linguagem de fácil compreensão para o beneficiário, inclusive quando referente à instauração de junta médica/odontológica ou se tratar de pendência sobre aspectos de logística para realização do procedimento.

§ 6º O não atendimento a solicitações de complementação de instrução somente poderá ser considerado para fins da resposta prevista no § 2º, inciso II deste artigo, quando, na forma do art.14, estiver listado objetivamente em linguagem clara e adequada o que impossibilitou o prosseguimento, sendo inadmitida exigência desarrazoada.

Art. 13. A qualquer tempo durante o ciclo do atendimento deve ser assegurado meio para que o beneficiário consulte o andamento de sua solicitação.

Parágrafo único. Em atenção às diretrizes estabelecidas no art. 4º, é obrigatória a disponibilização do acesso ao andamento da sua solicitação por meio virtual, conforme canal indicado pela operadora, sem prejuízo do fornecimento das informações por meio presencial ou telefônico.

Art. 14. Havendo negativa de autorização para realização do procedimento ou serviço assistencial solicitado nos termos do art. 10, §1º, seja o profissional de saúde credenciado ou não, a operadora deverá reduzi-la a termo e informar, detalhadamente, em linguagem clara e adequada, ao beneficiário, dentro do prazo de resposta previsto no art. 12, independentemente de solicitação, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.



§1º Qualquer negativa de autorização para realização do procedimento ou serviço assistencial, independentemente do canal de atendimento, deverá ser reduzida a termo dando ciência ao beneficiário da sua disponibilização dentro do prazo previsto no art. 12.

§2º A redução a termo do motivo da negativa de autorização do procedimento deverá ser disponibilizada em formato que permita a impressão ou download pelo beneficiário.

Art. 15. As respostas às solicitações não assistenciais, no prazo previsto no art. 11, também devem observar a linguagem clara e adequada, devendo ser acompanhadas do devido esclarecimento ou motivo.

Art. 16. Ao beneficiário de plano de saúde é assegurada a faculdade de requerer a reanálise de sua solicitação, a qual será apreciada pela Ouvidoria da operadora, instituída na forma da Resolução Normativa nº 323, de 3 de abril de 2013, ou norma que vier a sucedê-la.

§ 1º A informação sobre a possibilidade de reanálise de que trata o caput, em linguagem clara e adequada, deverá atender os seguintes elementos mínimos:

I - facultar expressamente ao beneficiário o exercício do requerimento de reanálise, competindo à Ouvidoria a avaliação em segunda instância dentro da estrutura da operadora;

II - listar cada um dos canais de atendimento da Ouvidoria para o exercício da faculdade de requerer reanálise; e

III - dar ciência sobre o prazo ordinário de resposta da reanálise pela Ouvidoria não superior a sete dias úteis contados do requerimento do beneficiário.

§ 2º A informação de que trata o § 1º com os elementos mínimos deverá constar do script de qualquer canal de atendimento da operadora, sendo executado no momento da negativa do procedimento ou serviço de cobertura assistencial, ainda que pendente de redução a termo, conforme art. 14.

§ 3º Os elementos mínimos também deverão constar em linguagem clara, adequada e em destaque no documento que reduz a termo a negativa do procedimento ou serviço de cobertura assistencial, conforme art. 14.

§ 4º O acesso à Ouvidoria não deve representar procedimento complexo ao beneficiário, sendo vedada exigência de formalidades para exercício da faculdade.

§ 5º Caso a operadora esteja dispensada da criação de unidade organizacional específica de Ouvidoria, os pedidos de reanálise de que trata este artigo serão apreciadas pelo representante institucional previsto no art. 8º da Resolução Normativa nº 323, de 3 de abril de 2013.

Art. 17. O regramento específico sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão segue o disposto na Resolução Normativa nº 561, de 15 de dezembro de 2022, ou norma que vier a sucedê-la.

Parágrafo único. As informações prestadas em atendimento a esta Resolução deverão observar o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS, disciplinado pela Resolução Normativa nº 501, de 30 de março de 2022, ou norma que vier a sucedê-la.

Art. 18. 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, sem prejuízo de requisição pela fiscalização, observado o prazo de guarda previsto no art. 10, § 7º.

Art. 19. Os beneficiários, caso assim solicitem, terão acesso, sem ônus, aos registros e gravações de seus atendimentos, em até setenta e duas horas da solicitação respectiva, respeitado o disposto no art. 10, §5º.

Art. 20. A presente Resolução Normativa não afasta a necessidade de observância, pelas operadoras, do disposto no Decreto nº 11.034, de 5 de abril de 2022, que regulamenta a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, ou norma que vier a sucedê-la, fixando normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC, ou legislação que o substitua.



Art. 21. Independentemente do fornecimento de informações conforme Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento das Ouvidorias - REA-Ouvidorias, instituído pela Resolução Normativa nº 323, 3 de abril de 2013 e Instrução Normativa DICOL nº 2, de 18 de dezembro de 2014, ou norma que vier a sucedê-la, a Diretoria de Fiscalização poderá solicitar informações e adotar outras medidas que avaliar necessárias quanto ao exercício desenvolvido pelo Ouvidor na identificação e recomendações de medidas corretivas e de melhoria do processo de trabalho da operadora.

Art. 22. As operadoras de planos de saúde serão avaliadas por metas de desempenho, para segmentação médico-hospitalar e odontológica, trimestralmente, do Índice Geral de Reclamações - IGR, com divulgação no site da ANS, conforme critérios definidos em ficha técnica específica, prevista no Anexo II desta Resolução.

§ 1º A ficha técnica específica de que trata o caput estabelecerá critérios para a Meta de Excelência do IGR trimestral e para a Meta de Redução do IGR trimestral, podendo ser alterada a qualquer tempo por decisão da Diretoria Colegiada.

§ 2º Para fins do presente artigo, o agente de fiscalização, quando da aplicação do art. 33 da Resolução Normativa nº 483, de 29 de março de 2022 e análise da demanda de reclamação de acordo com a agravante prevista no art. 7º, IV, da Resolução Normativa nº 489, de 29 de março de 2022, observará em classificação divulgada no site da ANS se a operadora atingiu um dos critérios de metas de IGR delineados em ficha técnica específica, considerando a classificação aplicável à data do fato ou, na impossibilidade de obtenção, na data do registro da demanda na ANS.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 23. O art. 33 da Resolução Normativa nº 483, de 29 de março de 2022 passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Subseção II

Do pagamento antecipado e à vista da multa

Art. 33.



§ 1º - A. Quando a operadora atender aos critérios de meta de Excelência do IGR trimestral delineados em ficha técnica específica, conforme classificação da operadora divulgada no site da ANS na forma do Anexo II da Resolução Normativa nº 623, o desconto percentual previsto no § 1º será de 80% (oitenta por cento) sobre o valor da multa correspondente à infração administrativa apurada no auto de infração referente aos tipos descritos nos artigos 101 ao 102 da Resolução Normativa nº 489, de 29 de março de 2022, observados os requisitos descritos neste artigo.

§ 1º - B. Quando a operadora atender aos critérios da Meta de Redução do IGR trimestral delineados em ficha técnica específica, conforme classificação da operadora divulgada no site da ANS na forma do Anexo II da Resolução Normativa nº 623, o desconto percentual previsto no § 1º será de 60% (sessenta por cento) sobre o valor da multa correspondente à infração administrativa apurada no auto de infração referente aos tipos descritos nos artigos 101 ao 102 da Resolução Normativa nº 489, de 29 de março de 2022, observados os requisitos descritos neste artigo.

§ 1º - C. Na hipótese do valor da multa com desconto ser inferior ao mínimo legal previsto no art. 27 da Lei nº 9.656/1998 será ajustado para o respectivo piso.

....." (NR)

Art. 24 O art. 7º e o art. 99 da Resolução Normativa nº 489, de 29 de março de 2022 passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 7º São circunstâncias que sempre agravam a sanção, quando não se constituem na própria infração:

.....

IV - não ter atingido a Meta de Excelência do Índice Geral de Reclamações - IGR trimestral ou Meta de Redução do IGR trimestral delineado em ficha técnica específica, prevista no Anexo II da Resolução Normativa nº XXX, XX e XXXXX de 2024, conforme classificação da operadora divulgada no site da ANS correspondente à data do fato.

....." (NR)

"Regras de atendimento aos beneficiários nas solicitações não assistenciais e de coberturas assistenciais

Art. 99. Deixar de observar as regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações não assistenciais e de coberturas assistenciais.

Sanção - Advertência;

Multa de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais)." (NR)

Art. 25. As operadoras deverão adotar medidas para cumprimento espontâneo da legislação, bem como uma comunicação adequada junto aos seus beneficiários, preservando os seus direitos com maior resolutividade em fase prévia à apresentação de reclamações.

Parágrafo único. Em caráter transitório e excepcional, as operadoras que demonstrarem engajamento em prol do objetivo previsto no caput, de acordo com os critérios e regras dos artigos seguintes, farão jus a condições especiais para solução antecipada dos processos sancionadores em curso na ANS, visando o estímulo à conformidade regulatória dos processos de atendimento.

Art. 26. As condições especiais previstas no art. 25 destinam-se exclusivamente às operadoras que estiverem com o IGR menor ou igual à metade do IGR médio do setor de acordo com as seguintes regras.

§ 1º Para fins do disposto no caput, considera-se o IGR médio do setor como referência comparativa posterior os seguintes valores de:

I - 60,9 (sessenta inteiros e nove décimos) para operadoras com beneficiários em produtos com cobertura assistencial médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica; e

II - 1,3 (um inteiro e três décimos) para operadoras com beneficiários em produtos com cobertura exclusivamente odontológico.

§ 2º Para fins de enquadramento, o IGR individual da operadora, calculado tendo por referência o mês de junho de 2025, deverá ser igual ou inferior aos seguintes valores, independentemente do porte, ressalvado o disposto no § 3º:

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; e

§ 3º Para operadoras com beneficiários em produtos com cobertura e médico-hospitalar e outros em produtos com cobertura exclusivamente odontológico, o enquadramento dos valores descritos nos incisos anteriores deverá ser alcançado cumulativamente para serem consideradas elegíveis às condições especiais previstas nesse artigo.

§ 4º As operadoras elegíveis de que tratam o presente artigo serão científicadas, após a apuração de trata os parágrafos anteriores deste artigo, para exercerem em até noventa dias a faculdade de solicitação de condições especiais para por fim ao processo administrativo em curso.

§ 5º O direito às condições especiais será exercido 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, nos seguintes termos:

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.

§ 6º Nos casos correspondentes à fase processual descrita no § 5º, I, não se aplica o desconto para as infrações de natureza potencialmente coletivas e apurações de multa diária.

§ 7º Independentemente da fase processual, o requerimento de que trata o § 5º servirá como confissão do requerente quanto à matéria de fato e reconhecimento da ilicitude da conduta, de modo que qualquer elemento de defesa eventualmente constante do processo ou do pedido de requerimento será desconsiderado, uma vez que a apresentação deste pressupõe a desistência do direito de apresentar qualquer matéria de defesa posteriormente, sobre a qual se operará a preclusão lógica.

§8º Nos casos do § 5º, I, recebido o requerimento, será proferida decisão homologando o desconto, que será objeto de intimação pelo órgão técnico que a proferiu.

§ 9º Nos casos do § 5º, II, e quando recebido o requerimento pelo relator de segunda instância, os autos serão remetido para Diretoria de Fiscalização para proferir decisão homologando o desconto, que será objeto de intimação pelo órgão técnico que a proferiu.

§ 10º Após intimado o interessado, os autos serão encaminhados ao órgão responsável pela cobrança para disponibilização da Guia de Recolhimento da União - GRU para pagamento da multa com o desconto de que trata este artigo, o qual deverá ser efetivado no prazo de 30 (trinta) dias.

§ 11º Caso o interessado não efetue o pagamento previsto no § 10, terá seu nome incluído no Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados de Órgãos e Entidades Federais - Cadin e o débito, sem os descontos concedidos, será encaminhado ao órgão responsável para fins de inscrição em dívida ativa, na forma da legislação.



Art. 27. O disposto nos artigos 25 e 26, bem como a ciência pela operadora:

I - não suspende o curso do processo administrativo sancionador a que se refere;

II - não altera a decisão sobre desconto já homologada com base nos artigos 33 e 41 da Resolução Normativa - RN nº 483, de 29 de março de 2022; e

III - não representa nova oportunidade em relação a requerimento de desconto com base nos artigos 33 e 41 da Resolução Normativa - RN nº 483, de 29 de março de 2022, protocolado em processo administrativo sancionador, cujo desconto ainda esteja pendente de decisão homologatória.

Art. 28. Ficam revogadas a Resolução Normativa nº 395, de 14 de janeiro de 2016, e o § 1º do art. 92 da Resolução Normativa nº 489, de 29 de março de 2022.

Art. 29. Essa resolução normativa entra em vigor em 1º julho de 2025.

Parágrafo único. O art. 25, caput e parágrafo único; e o art. 26, caput e §§ 1º ao 3º entram em vigor na data de publicação dessa norma.

PAULO ROBERTO REBELLO FILHO
Diretor-Presidente

ANEXO I

FICHA TÉCNICA DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

1 - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Conceituação:

Sequência numérica única fornecida pela operadora ou administradora de benefícios ao beneficiário, a qual o possibilita acompanhar sua demanda.

Formato padrão:

XXXXXXAAAAMMDDNNNNNN

Em que:

XXXXXX = registro ANS da Operadora ou Administradora de Benefícios

AAAA = ano

MM = mês

DD = dia

NNNNNN = sequencial que identifique a ordem de entrada da solicitação na Operadora ou Administradora de Benefícios

Objetivo:

Possibilitar a imediata identificação da Operadora ou Administradora de Benefícios e da data em que o atendimento foi prestado.

Não haverá duplicidade de números e todos os protocolos recebidos terão a mesma configuração.

Referências:

Resolução Normativa Nº 623, de 17 de dezembro de 2024, que dispõe sobre as regras a serem observadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e administradoras de benefícios nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, bem como não assistenciais, em qualquer modalidade de contratação.

DECRETO Nº 11.034, DE 5 DE ABRIL DE 2022, regulamenta a lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 - código de defesa do consumidor, para estabelecer diretrizes e normas sobre o serviço de atendimento ao consumidor.

ANEXO II

FICHA TÉCNICA METAS DE IGR

1. Critérios do Artigo 22 da RN 623 de 17 de Dezembro de 2024.

A Resolução Normativa - RN 623, dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Administradoras de Benefícios nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, bem como não assistenciais, em qualquer modalidade de contratação.

Com o intuito de atender ao fim colimado pela norma supracitada, foi realizado um estudo com base nos dados divulgados no Plano de Dados Abertos - PDA, entre 2015 e 2023, do Índice Geral de Reclamação (IGR) das operadoras, que se concretizaram em proposta de mudanças de meta do Indicador 3.3 do Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS), aprovada pela Diretoria Colegiada.

Esse índice estabelece o número médio de reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, que recorreram à ANS, no período analisado. O índice é apresentado tendo como referência cada 100.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado.

Método de cálculo

$$IGR = \frac{\text{Média de Demandas NIP (RVE, INATIVA, NP, Núcleo e Em Andamento)}}{\text{Média do número de beneficiários do período analisado}} \times 100.000$$

Definição dos termos utilizados no cálculo

Demandas NIP - são as demandas NIP na data de processamento e congelamento, abertas durante o período analisado, de acordo com as seguintes classificações:

- Núcleo: Demandas encaminhadas para abertura de processo administrativo sancionador. Ocorrem quando são constatados indícios de infração, mediante a lavratura de auto de infração (art. 14, III da RN nº 483/22).



- RVE - Reparação Voluntária e Eficaz: Quando da adoção pela operadora de medidas necessárias para a solução da demanda, resultando na reparação dos prejuízos ou danos eventualmente causados e no cumprimento útil da obrigação, desde que observados os prazos definidos no art. 10 da RN nº 483 de 29/03/2022 c/c art. 20, § 1º da RN nº 483/22.

- INATIVA: Resolvida ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias úteis. Ou seja, reclamações que, no fluxo da NIP, não seguiram para análise. A inativação de uma demanda pode decorrer tanto da manifestação do consumidor, que retorna o contato com a ANS informando que seu problema foi resolvido pela Operadora (art. 12, I da RN nº 483/22), quanto da ausência de resposta dele (inativação com fundamento na presunção de resolução de que trata o art. 12, II da RN nº 483/22);

- NP: Demandas não procedentes. Esta classificação é dada à demanda quando não é identificado, nos fatos narrados, indícios de infração à legislação de saúde suplementar em vigor ou ao contrato celebrado com a Operadora (art. 14, I da RN nº 483/22);

- Em Andamento: Reclamações que, no fluxo da NIP, estão em processamento; e não receberam um encaminhamento ou finalização.

Observação: Serão excluídas do cálculo as demandas classificadas como Não se Aplica (NA), na data de processamento e congelamento, que é a classificação dada à reclamação quando identificado que:

a) o beneficiário não pertence à operadora contra a qual foi feita a reclamação;

b) a denúncia foi feita contra agente regulado não responsável (ex.: a responsabilidade era da Adm. de Benefícios, mas a demanda foi registrada contra a Operadora de plano de saúde);

c) os fatos narrados já foram apurados em outra demanda de igual teor (duplicidade); ou

d) as informações contidas na denúncia são insuficientes para identificação do beneficiário, da operadora ou da infração relatada.

- Média do número de beneficiários: calculado utilizando as datas de contratação e cancelamento (rescisão do contrato) do plano de saúde atual do beneficiário, informadas ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Os beneficiários ativos em cada mês do período avaliado são somados, e o total é dividido pela quantidade de meses, para obter a média mensal de beneficiários ativos. Para a apuração são considerados os dados de beneficiários disponíveis na última competência fechada do SIB antes da data de processamento e congelamento.



Observação: O cálculo previsto na presente ficha técnica não alcança as Administradoras de Benefícios, por estarem desobrigadas a fornecer o número de vidas administradas no SIB, impossibilitando a classificação baseada em metas de IGR.

Assim, não se aplica às administradoras de benefícios as modulações previstas na normatização e para as operadoras que atendem aos critérios de metas de IGR descritos nesta ficha técnica.

Com base nos números analisados, de 2015 a 2023, foi observado um aumento no IGR das operadoras em geral, tanto as que oferecem serviços médico-hospitalares (MH) quanto as que oferecem serviços de odontologia (OD).

A partir do estudo realizado, foi estabelecido dois critérios para definição das metas de desempenho para os fins propostos.

O primeiro, que chamamos aqui de Meta de Excelência do IGR, tendo como premissa que a operadora deve prestar bons serviços a seus beneficiários, é no sentido que a operadora tenha um IGR do último trimestre analisado abaixo da meta estabelecida no item 1.1 da presente ficha técnica. O segundo, que chamamos aqui de Meta de Redução do IGR, estabelecida no item 1.2 da presente ficha técnica, a operadora deve apresentar uma melhoria do IGR, de pelo menos uma unidade, em dois trimestres consecutivos.

Processamento, congelamento e divulgação dos dados:

A base de dados será processada e congelada 60 (sessenta) dias após o fechamento do trimestre avaliado.

Para além das repercussões na atividade fiscalizatória, conforme art. 22, § 2º da RN 623 de 17 de dezembro de 2024, será dada publicidade no site da ANS às operadoras que atingiram os critérios do item 1.1. e 1.2 da presente ficha técnica em listas distintas, em até 30 dias após o processamento da base de dados (publicidade positiva).

Assim, para que a operadora esteja enquadrada, nas metas de desempenho de que trata a presente ficha técnica, deve atender a pelo menos um dos critérios definidos abaixo:

1.1 Meta de Excelência do IGR trimestral

O objetivo desse critério é que a operadora tenha baixos índices de reclamação, e que se mantenha dentro dos parâmetros estabelecidos por esta Agência, no IGR do último trimestre analisado.

A meta deste critério será 1,2 vezes a meta estabelecida no indicador 3.3 do IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar) aprovado pela Diretoria Colegiada, vigente à época do processamento dos dados.

Eis os parâmetros:

Indicador (Meta de Excelência do IGR trimestral)
$IGR_{trim\ MH} \leq (Meta\ IDSS_{para\ operadoras\ médico\ hospitalar}) * 1,2,$ para operadoras com beneficiários de planos médico hospitalar (MH)
$IGR_{trim\ OD} \leq (Meta\ do\ IDSS_{para\ operadoras\ odontológicas}) * 1,2,$ para operadoras com beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (OD)

Obs 1: Válida a meta de IGR no IDSS vigente à época do processamento dos dados.

Obs2: O agente de fiscalização, quando da aplicação do art. 33 da RN nº 483, de 29 de março de 2022 e análise da demanda de reclamação de acordo com a agravante prevista no art. 7º, IV da RN nº 489, de 29 de março de 2022, observará em classificação divulgada no site da ANS se a operadora atingiu os critérios de Meta de Excelência do IGR trimestral, delineados no item 1.1 da presente ficha técnica, considerando a classificação divulgado no site da ANS, aplicável da operadora à data do fato ou, na impossibilidade de obtenção, na data do registro da demanda na ANS..



Obs3: Os trimestres de avaliação obedecerão ao ano civil, sendo considerados o desempenho do trimestre aplicável, conforme obs 2.

Obs4: 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, devendo obter cumulativamente a meta do IGR_trimMH e do IGR_trimOD.

Obs5: As Operadoras que possuam beneficiários em produto com cobertura médico-hospitalar e odontológico deverão atingir as metas do IGR_trimMH.

Obs6: Para efeito do previsto no art. 7º, IV da Resolução Normativa nº 489, de 2022, e art. 33 da Resolução Normativa nº 483, de 2022, a Operadora que possua beneficiários em produtos com cobertura médico-hospitalar e em produtos com cobertura exclusivamente odontológica deverá atingir cumulativamente as metas do IGR_trimMH e IGR_trimOD.

1.2 Meta de Redução do IGR trimestral

O objetivo desse critério é que a operadora mantenha o esforço de melhorar o serviço prestado a seus beneficiários, e que isso reflita no seu IGR trimestral. A operadora deve ter redução do IGR trimestral, de ao menos uma unidade, em dois períodos consecutivos. Eis os parâmetros:

Indicador (Meta de Redução do IGR trimestral)
$IGR_{trim\ x} < IGR_{trim\ x-1} < IGR_{trim\ x-2}$

Onde:

x faz referência aos últimos 3 meses, ou seja, o período mais atual em análise;

x-1 faz referência aos 3 meses anteriores ao período mais atual; e

x-2 faz referência aos 3 meses anteriores ao período x-1.

Obs1: O agente de fiscalização, quando da aplicação do art. 33 da RN nº 483, de 29 de março de 2022, e análise da demanda de reclamação de acordo com a agravante prevista no art. 7º, IV da RN nº 489, de 29 de março de 2022, observará em classificação divulgada no site da ANS se a operadora atingiu os critérios de Meta de Redução do IGR trimestral, delineados no item 1.2 da presente ficha técnica, considerando a classificação divulgada no site da ANS, aplicável à data do fato ou, na impossibilidade de obtenção na data do registro da demanda, na ANS.

Obs2: Os trimestres de avaliação obedecerão o ano civil, sendo considerados os desempenhos dos dois trimestres imediatamente anteriores. Por exemplo, na avaliação do 3º trimestre de 2025, a operadora deverá ter reduzido em ao menos uma unidade nos dois trimestres anteriores, sendo assim, se o IGR da operadora no 1º trim/2025 foi de 60,0, no 2º trim/2025 foi de 59,0 e no 3º trim/2025 foi de 58,0 a operadora cumpriu o critério de se manter no esforço de melhoria do indicador, e portanto, poderá ser contemplada com o benefício específico para o critério de redução do IGR. Lembrando que, caso sua redução seja menor que uma unidade, passando de 60,0 para 59,2 não será considerada redução para fins de atendimento às regras deste critério.

Obs3: 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, devendo obter cumulativamente a redução em 2 trimestres consecutivos no IGR_trimMH e no IGR_trimOD.

Obs4: As Operadoras que possuam beneficiários em produto com cobertura médico-hospitalar e odontológica deverão atingir as metas do IGR_trimMH.

Obs5: Para efeito da agravante prevista no art. 7º, IV, da Resolução Normativa nº 489, de 2022, e do art. 33 da Resolução Normativa nº 483, de 2022, a Operadora que possua beneficiários em produtos com cobertura médico-hospitalar e em produtos com cobertura exclusivamente odontológica deverá atingir cumulativamente as metas do IGR_trimMH e IGR_trimOD.

Ações esperadas

- Aprimoramento das ações da ANS sobre as operadoras para que melhorem seu índice de reclamações ou se mantenham dentro dos parâmetros estabelecidos pela ANS.
- Aprimoramento de processos internos das operadoras no âmbito de suas Centrais de Atendimento e Ouvidorias, objetivando o aumento da resolutividade nesses canais;
- Ampliação da concorrência por meio de divulgação das operadoras que atingiram a Meta de Excelência do IGR trimestral, além de outra classificação para as operadoras que atingiram a Meta de Redução do IGR trimestral, na forma da presente Ficha Técnica.

Limitações e vieses

O indicador se refere somente às demandas registradas no período analisado, com cálculo fixado na data de processamento e congelamento.

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

