



São Paulo, 30 de junho de 2017.
ABR. 038/2017

À

Dra. Karla Santa Cruz Coelho

Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

CC

Gerência de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais – GEARA

Coordenadoria Regulatória da Estrutura das Redes Assistenciais – COERA

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Av. Augusto Severo, nº 84 – Glória

20.021-040 – Rio de Janeiro – RJ

Referência: Alteração de Rede Assistencial

Prezada Senhora,

A Associação Brasileira de Planos de Saúde - Abramge vêm, respeitosamente, à presença de V.S.^a, apresentar **complemento** às suas contribuições a respeito da proposta apresentada por esta Il. Agência Reguladora, na reunião do dia 30.05.2017, com o objetivo de apoiar o desenvolvimento de sistema para análise de substituição de rede hospitalar e de redimensionamento por meio eletrônico.

1. SUBSTITUIÇÃO DE ENTIDADE HOSPITALAR - Como avaliar critérios de equivalência na substituição? – Foram apresentados três pontos a serem avaliados para a equivalência na entidade hospitalar (serviços, estrutura e localidade).
 - a) Em relação a serviço, o critério de equivalência deve prever as atividades hospitalares contratadas pela operadora, avaliando com respostas “sim” e “não” as perguntas sugeridas abaixo:
 - ✓ Atendimento de urgência/emergência?
 - ✓ Atendimento de UTI adulto?
 - ✓ Atendimento de UTI pediátrico?

- ✓ Atendimento de UTI neonatal?
- ✓ Internações clínicas adulto?
- ✓ Internações clínicas pediátrica?
- ✓ Internações clínicas neonatal?
- ✓ Maternidade?
- ✓ Procedimentos cirúrgicos?

Sugerimos atenção ao caso específico em que a operadora contrata o prestador hospitalar para prestação de serviços eminentemente ambulatoriais, como, por exemplo, serviços de diagnóstico e terapia (hoje obrigatória pela IN 46). Neste caso, muito comum em algumas localidades, por uma questão de oferta a operadora contrata o serviço de diagnóstico junto ao Hospital, e, posteriormente, substitui este prestador hospitalar por outro ambulatorial quando há disponibilidade. Tendo em vista essa situação, pedimos que este tipo de substituição seja considerado ambulatorial, não precisando seguir a regra para prestador hospitalar.

- b) Quanto ao item estrutura – é impossível definir porte com base no número de leitos disponíveis no hospital, uma vez que, na maioria dos casos, o prestador não disponibiliza todos os seus leitos para uma única operadora. Pode haver situação, por exemplo, em que a operadora substituirá hospital com maior número de leitos por outro com menor quantidade, sendo que este último está dedicado aos seus beneficiários enquanto o primeiro atendia pacientes de diversas operadoras. Portanto, sugere-se que a eventual falta de capacidade de atendimento da unidade substituída seja monitorada, por meio dos indicadores existentes no monitoramento da garantia de atendimento e no processo de fiscalização.
- c) Quanto ao item localidade – entendemos que devem ser seguidas as regras previstas na Resolução Normativa N° 365, em especial o item b:
- “Art. 6º A operadora deve observar os seguintes critérios de equivalência quando da substituição de um estabelecimento não hospitalar, pessoa jurídica, exceto os profissionais previstos no art. 7º, por outro em sua rede assistencial do plano de saúde:
- (...)
- III - localização no mesmo município:

a) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este;

b) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município. ”

2. REDIMENSIONAMENTO DE REDE HOSPITALAR POR REDUÇÃO - Como avaliar o impacto sobre a massa assistida no redimensionamento? – Foram apresentados critério de acesso, caso da operadora em situação gravosa no monitoramento da garantia de atendimento, e estrutura.

a. Quanto ao item estrutura, entendemos que o pedido apenas poderia ser negado quando se tratar do prestador mais utilizado segundo base de dados recente. A referência a dados recentes serve para situação em que a operadora redimensionará a rede hospitalar por conta de perda de contratos recentes, mesmo que invariavelmente os dados antigos indiquem que aquela unidade hospitalar foi bastante utilizada;

b. Quanto ao item prestador vinculado a menos de 12 (doze) meses, incluindo caso de transferência de carteira, apreendemos não haver óbice para deferir o pedido de redimensionamento de rede uma vez que esse tipo de previsão e proteção é previsto contratualmente e regido pelo Código Civil, não sendo de competência de normativo da ANS.

c. Em relação às motivações, não há como criar uma lista taxativa no normativo, pois existe o risco de alguma ficar esquecida ou ainda surgirem novas. De maneira geral o redimensionamento será sempre necessário quando a operadora percebe que a rede está superestimada para determinada localidade ou quando há rescisão relevante de contratos. Todavia, seria importante prever como excepcionalidade, casos de fraude praticada por prestador hospitalar.

3. COMUNICAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR - Como comunicar os beneficiários de forma oportuna? – Em relação ao tema, a preocupação é com o termo “em especial realizar a comunicação por meio impresso”, uma vez que, impõe custos elevados ao setor que já enfrenta sérios desequilíbrios econômico-financeiros.

4. ACOMPANHAMENTO DA ESTRUTURA DA REDE HOSPITALAR – Como acompanhar essas alterações? – A Associação entende que há diversidade de ferramentas para monitoramento já instituídas, tais como: suspensão de comercialização; multas; intervenção fiscalizatória; direção técnica e monitoramento do risco assistencial, assim, não seria necessário criar mais um mecanismo.

Sendo o que nos cumpre por ora, agradecemos a compreensão quanto ao exposto e aguardamos retorno, renovando nossos protestos de estima e elevada consideração a este Órgão Regulador.

Atenciosamente,



Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE
Reinaldo Camargo Scheibe
Presidente