

OFÍCIO 050/2017/PRESI

Rio de Janeiro, 30 de junho de 2017.

Ao Senhor,

LEANDRO FONSECA DA SILVA

Diretor-Presidente Interino – ANS
Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

C/C

KARLA SANTA CRUZ COELHO

Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Assunto: **Alteração da Rede Assistencial Hospitalar.**

Senhor Presidente,

1. A FENASAÚDE – Federação Nacional de Saúde Suplementar, entidade representativa de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, em atenção ao prazo de envio de contribuições definido pela ANS na 4ª Reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, realizada em 30/5/17, vem expor e requerer o que se segue.
2. Inicialmente a Federação registra a importância do desenvolvimento pela ANS de sistema que confira maior celeridade às análises de alteração da rede hospitalar. Ao mesmo tempo, entende que esta medida deve, necessariamente, estar acompanhada de critérios objetivos que indiquem, com clareza, prazos para conclusão da análise pelo regulador.
3. Ademais, entende o argumento utilizado pela Agência sobre as competências e limites que a Lei 9.656/98 lhe impõe ao estabelecer, de forma expressa, que os mecanismos utilizados para alteração da rede hospitalar deverão ser a substituição (com equivalência de prestador e com comunicação prévia aos consumidores) e o redimensionamento por redução (com solicitação à ANS de autorização).

4. Contudo, o legislador estabeleceu critérios gerais que devem ser observados, cabendo à ANS, que detém *expertise* do mercado regulado, dispor de regras que busquem resguardar o beneficiário sem que restrinjam a livre concorrência.

5. Neste sentido, é necessário destacar que a Federação entende que as propostas apresentadas pela ANS para negar pedidos para casos de solicitação de redimensionamento por redução são preocupantes do ponto de vista concorrencial. Especificamente no caso do não deferimento de pedido por motivo de estrutura, ao estabelecer que os principais prestadores da região, por qualificação e por utilização, serão negados de maneira prévia, a ANS introduz um mecanismo que vai de encontro às melhores práticas regulatórias justamente pelo seu caráter anticoncorrencial. Este dispositivo, na prática, cria uma reserva de mercado para os prestadores de serviço que já estão no mercado. Uma vez que estes prestadores não poderão ser excluídos e que eles já estão estabelecidos no mercado, a entrada de novos prestadores de serviço passa a ser consideravelmente mais difícil.

6. A legislação, de maneira justificada, impôs barreiras legais para evitar que o consumidor não fique desassistido quando precisar utilizar os serviços. Infere-se que foi esse o objetivo de exigir que a capacidade de atendimento das operadoras fosse mantida, de acordo com os critérios estabelecidos pela Agência nos casos de redimensionamento por redução, com um tratamento especial na legislação.

7. Contudo, deve-se reconhecer que, uma vez mantida a capacidade assistencial dentro de mesmos patamares de qualidade, a troca de prestadores, e o redimensionamento por redução, são legítimas e constituem práticas saudáveis de mercado. É possível realizar a troca de prestadores mantendo-se a capacidade assistencial dentro dos mesmos padrões de qualidade. Não há justificativas técnicas para limitar ou dificultar esse tipo de substituição – ou redução – além do mínimo exigido pela lei. Ou seja, desde que o consumidor e a ANS sejam informados da mudança com a antecedência mínima de trinta dias e mantendo a capacidade assistencial e a qualidade. Além disso, sendo o consumidor capaz de exercer a portabilidade de carência, ficam dadas as condições de competição para que o próprio mercado encontre seu equilíbrio alocativo, sem prejuízo para o consumidor.

8. Pelo exposto, entende necessária a revisão do entendimento da Agência de não permitir o redimensionamento de prestador quando for por solicitação da operadora e se tiver ocorrido internação nos últimos 12 meses. Esta regra não apenas cria desequilíbrio na relação contratual estabelecida entre operadoras e prestadores, como interfere na liberdade de contratação e implica na administração de rede maior do que o necessário, visto que uma única

internação justificará a manutenção de um contrato – e de todos os custos decorrentes – em detrimento de uma rede mais eficiente de atendimento.

9. Considera, ainda, que uma rede é suficiente sempre que a operadora atender aos prazos dispostos na RN 259/11 que já estabeleceu, como premissa maior, a responsabilidade da operadora na garantia de qualidade e suficiência dos serviços prestados aos seus beneficiários.

10. Desta forma, a Federação vem abaixo apresentar as propostas encaminhadas pelas operadoras:

1) Como avaliar critérios de equivalência na substituição de entidade hospitalar?

Reitera-se a contribuição de que os preceitos e regras trazidas pela RN 259/11 já assegurou a responsabilidade da operadora na garantia e suficiência da oferta e qualidade dos serviços prestados aos beneficiários, estabelecendo o acesso aos serviços por meio de todos os procedimentos listados no Rol vigente, nos prazos mínimos definidos por tal norma. Desse modo, entende-se que a demonstração de equivalência de rede, para fins de substituição de entidade hospitalar, deveria ser feita por meio de declaração da operadora que manifeste a garantia de acesso, com base no que preconiza a RN 259/11.

Contudo, adicionalmente, caso o entendimento seja de que outros critérios de equivalência devam ser considerados, sugere-se:

- Considerar como substitutos de hospitais a serem excluídos os novos hospitais credenciados/referenciados nos últimos 6 meses e já vinculados à rede (RPS WEB). Atualmente, quando a substituição envolve um prestador já cadastrado no produto, independente de sua data de vinculação, a ANS adota o processo de redimensionamento por redução. Entretanto, tendo em vista que as operadoras tem obrigação de manter sua base de prestadores atualizada na ANS, nem sempre é possível vincular a inclusão de hospitais ao momento de protocolização de um processo de alteração de rede hospitalar. Desta forma, sugere-se que a ANS considere na análise de substituição (e não na de redimensionamento por redução) o aumento recente de sua capacidade de leitos no prazo de 6 meses, podendo, ainda, considerar a possibilidade de indicação de mais de um prestador em substituição ao que se pretende excluir como forma de dar celeridade ao processo, com a efetiva garantia de equivalência dos serviços prestados.

- Nos casos em que não houver prestador no mesmo município ou nos municípios limítrofes, permitir que a região de saúde seja utilizada como critério de equivalência, tal como disposto na RN 259/11. Nos casos de urgência e emergência, o atendimento seria garantido, também com base nos critérios da RN 259/11.
- Nos casos de redução de rede hospitalar de prestadores sem internação nos últimos 12 meses, não seja necessária a indicação de outro prestador para substituição ou absorção da demanda do hospital excluído, conforme já praticado na substituição de rede ambulatorial e com base no disposto na RN nº 365/14. Isso porque, considerando que o hospital não possui faturamento, não haverá prejuízo aos beneficiários vinculados à rede do plano.

Entendemos que as propostas acima tornarão o processo mais célere, garantindo agilidade necessária na movimentação na rede, juntamente com a informação a ser prestada ao beneficiário e, por consequência, evitando conflitos.

2) Como avaliar o impacto sobre a massa assistida do redimensionamento de rede hospitalar por redução?

Conforme já exposto, entende-se que a RN 259/11 é mecanismo capaz de mensurar constantemente o impacto sobre a massa assistida por meio do Monitoramento da Garantia de Atendimento, cabendo à operadora declarar a suficiência de rede com base em tal norma.

Contudo, os critérios apresentados pela ANS para indeferimento do pedido de redimensionamento hospitalar por redução quando se tratar de principais prestadores na região (qualificados, mais utilizados, último no município) ou de prestadores vinculados há menos de 12 meses à operadora (incluindo transferência de carteira) são preocupantes, pois inviabilizam o instituto, estimulam a imposição unilateral de preços por prestadores que estão em maior vantagem que o regulado e permitem que as relações permaneçam estáticas, desprivilegiando a livre concorrência e a busca pela eficiência. Por outro entende-se que critério de "principais prestadores" em uma rede de atendimento é subjetivo, variando de beneficiário para beneficiário.

Pelo exposto, propõe-se como critério a apresentação pela operadora de documento assinado pelo prestador, no qual restaria atestada a capacidade de absorção do impacto sobre a massa assistida, não se aplicando, portanto, as exigências apresentadas pela Agência.

3) Como comunicar aos beneficiários de forma oportuna?

Reitera-se o entendimento de que os meios eletrônicos são os mais eficientes e menos custosos para comunicação em massa. Sugere-se, assim, que a operadora comunique seus beneficiários pelo seu portal corporativo, complementada pelo atendimento pontual da Central de Atendimento.

Em complemento, propõe-se retirar a divulgação dos hospitais imediatamente após a protocolização do processo na ANS, realizando a comunicação aos beneficiários via portal, independente do motivo da solicitação e de quem solicitou a saída deste prestador.

Alternativamente, poderia ser incluída mensagem no portal corporativo da operadora informando que o prestador está em processo de descredenciamento na ANS, de forma a evitar que o beneficiário procure o prestador enquanto estiver em curso a análise da ANS. Contudo, em havendo atendimento, a operadora deverá realizar o pagamento nos termos do acordo operacional firmado. Entende-se que a Agência, ao permitir a divulgação de prestador da forma proposta, permitirá que o consumidor tenha acesso a informações claras, evitando possíveis transtornos.

4) Como acompanhar as alterações de rede hospitalar?

Nos casos de redimensionamento por redução, a operadora encaminha a solicitação à ANS, que responderá ao pedido da operadora em até 15 dias. Ultrapassado tal prazo, sugere-se que a autorização ocorra de forma tácita.

Reitera-se a proposta de que a ANS, ao tomar conhecimento, por qualquer meio, do encerramento da atividade de algum prestador hospitalar, que proceda com a exclusão nos cadastros de todas as operadoras. Contudo, é necessário que a ANS disponibilize link em seu portal, para acesso das Operadoras, de forma a permitir que as empresas excluam o prestador de suas redes hospitalares, com a consequente comunicação aos seus beneficiários.

5) Prestadores localizados em municípios diferentes podem ser considerados equivalentes?

Conforme já exposto em questão anterior, sugere-se considerar os municípios limítrofes e a região de saúde no critério de equivalência, tal como previsto na RN 259, que se utiliza dos critérios de existência de prestadores nas localidades. Nos casos de urgência e emergência, o atendimento seria garantido, observados os critérios da RN 259/11.

6) A equivalência de um prestador pode ser determinada a partir da composição dos serviços de mais de um prestador substituto (ou vice-versa)?

Sim. Comporá o processo de comprovação de equivalência a confirmação do prestador da capacidade de absorção da demanda, da mesma forma que hoje é realizado na substituição de prestadores não hospitalares, conforme as especialidades das internações realizadas nos últimos 12 meses.

7) Como alterar a rede hospitalar garantindo a satisfação do beneficiário com o plano de saúde contratado?

A satisfação do beneficiário deve vir através de todos os mecanismos que garantam a transparência das informações por parte da operadora, que deverá manter seus portais atualizados e, quando houver, seus aplicativos.

8) Como acompanhar essas alterações?

Os beneficiários poderão acompanhar as alterações pelo portal corporativo da operadora tendo como alternativa o atendimento pontual pela Central de Atendimento. Sugere-se, ainda, caso a ANS aceite a proposta de número "3" que a operadora inclua mensagem em seu portal que informe ao beneficiário que o prestador está em processo de descredenciamento junto à ANS.

Entende-se pela não necessidade de criação de novos indicadores, uma vez que a RN 259/11 dispõe de critérios suficientes para mensurar a garantia de atendimento das operadoras aos seus beneficiários.

DEMAIS SUGESTÕES:

1. Alteração de Rede Hospitalar por Motivos Econômicos-Financeiros

A FenaSaúde sugere a adoção pela Agência de um critério econômico-financeiro para alteração de rede hospitalar. Sem prejuízo da qualidade do atendimento assistencial, é preciso considerar o impacto nos custos que os reajustes aplicados por prestadores de serviço podem impor às operadoras – e conseqüentemente aos próprios beneficiários – ao reajustar seus preços em um ambiente onde a troca de prestadores é artificialmente restrita.

As regras impostas tanto pela Lei 9.656 quanto pela Agência – bem como a demora no processamento dos pedidos – desequilibram a relação entre operadoras e prestadores de serviço. Estes, cientes de que o redimensionamento por redução é um procedimento lento, caro e cuja autorização é difícil, reajustam seus preços exercendo poder de mercado, uma vez que a regulamentação, na prática, cria uma barreira regulatória ao distrato. Essa barreira é uma “falha de governo” que precisa ser reconhecida pela Agência. Os preços dos prestadores, nestes casos, não obedecem à lógica de mercado, mas ao poder de monopólio que decorre da incapacidade prática das operadoras de trocarem de prestador.

Cabe destacar que, entre as justificativas econômicas para a regulação do mercado de planos de saúde, está a incapacidade de este mercado atingir, por meios próprios, um nível de competição adequado. Isto se reflete em um desempenho sub-ótimo de eficiência e de bem-estar social. Essa incapacidade é um reflexo direto das falhas de mercado da saúde suplementar, amplamente reconhecida pela literatura econômica e regulatória. Esta mesma lógica deve ser aplicada ao relacionamento no mercado entre as operadoras e os prestadores de serviço. No entanto, neste caso é a própria regulamentação que reduz a eficiência alocativa do mercado ao impor limitações à substituição de prestadores. Neste contexto a literatura econômica já reconheceu que a regulamentação pode – e de fato cria – falhas de mercado, que são conhecidas como “falhas de governo”.

Assim, sugere-se que qualquer prestador que tiver reajustado seus preços acima da média dos reajustes dos demais prestadores de serviço possa ser substituído ou excluído da rede assistencial hospitalar da operadora, desde que esta substituição/exclusão obedeça aos critérios de manutenção da capacidade assistencial, manutenção da qualidade e de aviso com antecedência mínima de trinta dias.

2. Mudança do Anexo I-B

O art. 6º da Instrução Normativa nº46/DIPRO considera encerramento de atividades quando ocorrer o fechamento total do estabelecimento, e quando forem extintas todas as atividades hospitalares contratadas pela operadora. Contudo, há casos em que as entidades encerram suas atividades hospitalares, mas permanecem prestando atendimento ambulatorial. Nestas hipóteses, por falta de opção mais adequada no Anexo I-B da referida Instrução Normativa, as operadoras protocolizam as solicitações como “Encerramento de Atividades”, o que pode induzir a ANS ao entendimento equivocado de que o hospital suspendeu todas as suas atividades, inclusive as de natureza ambulatorial ou, ainda, de que não houve encerramento da atividade, pois o CNPJ continua ativo.

O mesmo acontece nos casos de protocolo de pedidos de exclusões parciais de produtos (ex.: quando a entidade hospitalar desativa os leitos enfermagem o que nos obriga, conseqüentemente, a excluí-la dos produtos com acomodação enfermagem). Nestes casos, a Operadora sinaliza no anexo I-B o motivo “Interesse da Própria Operadora” e lista somente os produtos indicados para exclusão. Este processo configura uma aparente solicitação de exclusão total a pedido da Operadora, quando, na verdade, trata-se de exclusão parcial de produtos por desativação de determinado serviço pela entidade hospitalar.

Para melhor entendimento, segue abaixo trecho do Anexo I-B em vigor a ser preenchido pela Operadora quando redimensionamento de rede por redução.

Razão social ou fantasia	CNPJ	CNES	Tipo de Contratação:		Motivação para a exclusão:	Nº de internações nos últimos 12 meses:
		6722490	<input checked="" type="checkbox"/> direta		<input type="checkbox"/> interesse da própria operadora	
			<input type="checkbox"/> indireta	Registro da operadora intermediária:	<input type="checkbox"/> interesse exclusivo do prestador	
					<input type="checkbox"/> encerramento das atividades do prestador	
					<input type="checkbox"/> rescisão contratual entre o prestador e a operadora intermediária (rede indireta)	

Diante do exposto, sugere-se incorporar às motivações acima elencadas para exclusão já previstas no anexo I-B da IN nº 46/DIPRO, conforme abaixo:

- () Encerramento do serviço de internação hospitalar pelo prestador
- () Exclusão parcial de produtos por desativação de serviço pela entidade hospitalar ou por interesse das partes.

2 . Suspensão temporária do atendimento hospitalar

A IN nº 46/DIPRO dispõe sobre a aplicação das hipóteses de suspensão temporária do atendimento hospitalar nos casos de obras e reformas. Contudo, há casos de prestadores que estão com atendimento suspenso por motivos comerciais ou, ainda, por outros motivos não previstos na IN. Dessa forma, sugere-se incluir a suspensão temporária para os casos citados, evitando que o beneficiário se desloque desnecessariamente até um prestador que se encontra com o atendimento suspenso.

3 . Encerramento de atividade

O processo atual para exclusão de prestador por encerramento de atividade é previsto na IN 46/DIPRO, que dispõe dos documentos necessários para tal comprovação. Contudo, por vezes, há dificuldade das operadoras na obtenção destes documentos, o que impede de protocolar o pedido como "encerramento de atividade", recorrendo, assim, a outras motivações previstas na legislação. Nestes casos, há prejuízo aos beneficiários, eis que a Operadora se vê impossibilitada de atualizar seus canais de comunicação, mantendo a divulgação destes prestadores.

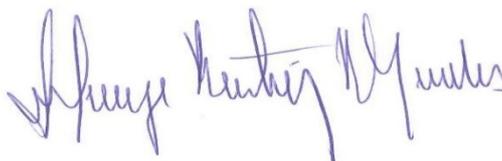
Pelo exposto, sugere-se a possibilidade da Operadora responsabilizar-se junto à ANS, mediante declaração, atestando o encerramento de atividade do prestador, respondendo por esta informação caso seja constatada alguma irregularidade. A ANS pode verificar através das informações da TISS se o hospital está atendendo outra operadora, como forma de comprovação adicional à declaração, bem como por meio do cumprimento da RN 259/11.

4 . Análise de redimensionamento por rede

As operadoras estruturam seus produtos de acordo com a rede referenciada que possuem, criando variações apenas em função da acomodação, existência ou não de fator moderador, entre outros. Desta forma, eventual alteração é replicada integralmente para o conjunto de produtos que possuem determinada rede. Assim, entendemos que a análise de redimensionamento poderia ser realizada considerando este atributo de forma a facilitar a análise, conferir celeridade ao processo e reduzir os custos operacionais.

11. Com os votos de elevada estima e consideração, agradecemos a oportunidade de contribuir para as discussões acerca deste tema.

Atenciosamente,



SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES

Presidente