

# ALTERAÇÃO DE REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR: NOVOS CRITÉRIOS DE ANÁLISE

## Contribuições Unimed Belo Horizonte

**Considerando** as contribuições anteriormente apresentadas pela Unimed Belo Horizonte durante os trabalhos realizados pelo Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos formado por esta r. Agência;

**Considerando** as contribuições apresentadas pelos demais agentes do setor durante as reuniões realizadas pelo Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos;

**Considerando** o encaminhamento dado por esta Agência com as Propostas finais apresentadas na última reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos realizada em 30 de maio de 2017;

A Unimed Belo Horizonte apresenta, novamente, suas propostas para discussão e avaliação do tema, desta vez com foco nos pontos mais sensíveis, e fazendo coro com as sugestões mais relevantes apresentadas pelos demais agentes do setor.

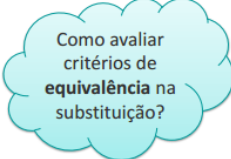
Seguem as sugestões item a item, de acordo com as propostas apresentadas.

### 1) COMO AVALIAR OS CRITÉRIOS DE EQUIVALÊNCIA DA SUBSTITUIÇÃO?

Encaminhamento proposto pela ANS:

**ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR  
REVISÃO DOS CRITÉRIOS DE ANÁLISE**

**SUBSTITUIÇÃO DE ENTIDADE HOSPITALAR - PROPOSTAS**




Como avaliar critérios de equivalência na substituição?

O prestador a ser incluído deve dispor dos mesmos **serviços hospitalares** que o prestador a ser excluído, possuir a mesma **estrutura**, considerando sua **localidade**.

**Critérios de equivalência propostos:**

- 1 – SERVIÇOS HOSPITALARES:  
Os prestadores devem dispor dos mesmos serviços/especialidades hospitalares contratados
- 2 – ESTRUTURA:  
Devem estar enquadrados no mesmo porte (ou superior)
- 3 – LOCALIDADE:  
Localizados no mesmo município (ou nos limítrofes em caso de indisponibilidade/inexistência)

47

A proposta encaminhada não parece ser a melhor opção para o setor, seja para as Operadoras, seja para os próprios beneficiários. Trata-se de exigência extremamente rígida que impossibilitará, em muitos casos, a substituição entre prestadores.

Como um prestador de serviço pode, contratualmente, exercer diversas atividades assistenciais diferentes, pode existir, sim, uma situação em que dois ou mais prestadores terão que garantir toda assistência ao plano do beneficiário, em caso de substituição. O importante, nesses casos, é a garantia do acesso e padrão de assistência, conforme regras advindas tanto da ANS quanto da negociação contratual.

Não haveria impacto para os beneficiários, caso a entidade hospitalar descredenciada fosse substituída por mais de uma entidade hospitalar, ou mesmo, caso apenas alguns serviços fossem absorvidos pela nova entidade contratada, enquanto outros fossem absorvidos por prestadores já componentes da rede, com capacidade para absorção da demanda.

Deve, então, ser considerada a **capacidade** de atendimento da rede contratada ou credenciada pela Operadora, bem como a utilização dessa rede pelos beneficiários, o que garantirá a integralidade de acesso aos procedimentos cobertos pelo plano, independentemente de eventual dispersão em mais de um prestador.

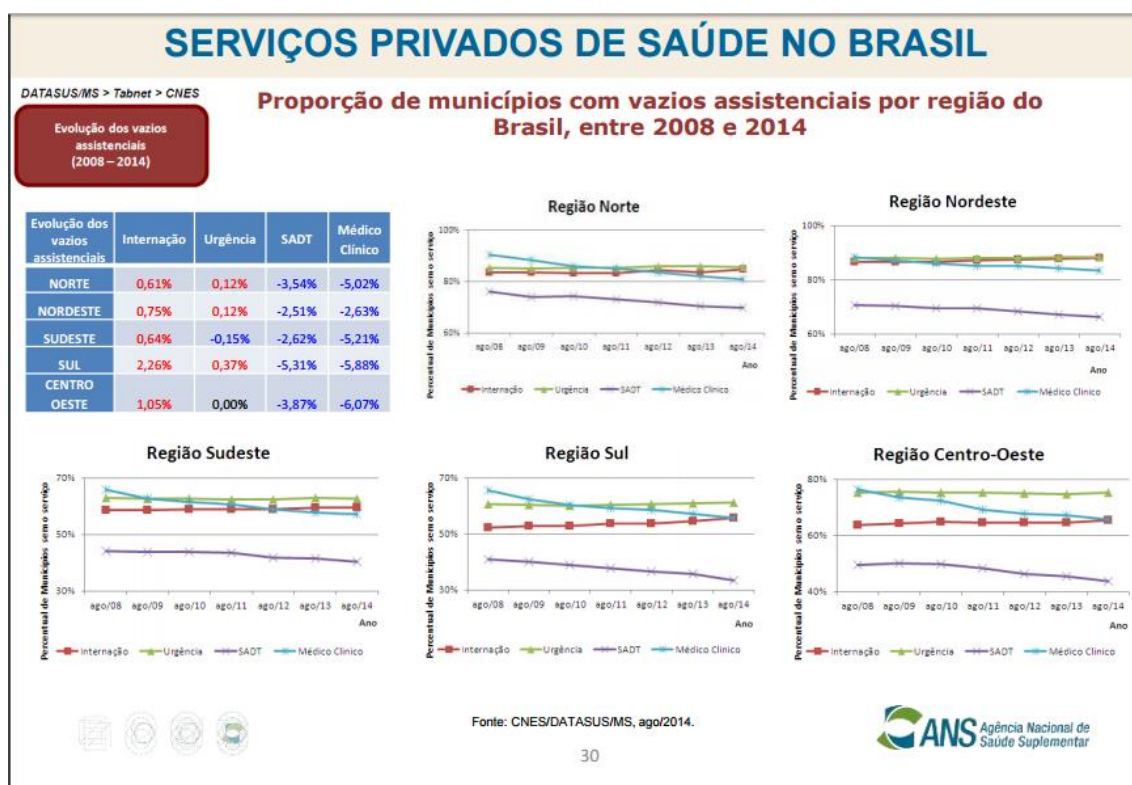
Registra-se que capacidade deve ser entendida não como quantidade de leitos disponíveis em um prestador, mas sim como a conjugação da quantidade de leitos e serviços disponíveis na rede da Operadora, em sua região de saúde, bem como o quantitativo de leitos efetivamente ocupados pelos beneficiários da Operadora em determinado período de tempo. Exemplo: existem casos onde prestadores de porte maior (ex:200 leitos) disponibilizam apenas 20% de sua capacidade para os clientes da operadora, sendo desta forma é desnecessário contratar um novo prestador do mesmo porte (200 leitos). Pode-se contratar um prestador com porte menor (ex. 40 leitos) ou um prestador já contratado em rede que disponibiliza a ampliação de sua estrutura em 40 leitos para absorver a demanda da operadora.

Conforme será exposto nos itens abaixo, além da necessidade de cumprimento do compromisso firmado contratualmente acerca da garantia de atendimento, tendo as Operadoras que cumprir as normas da ANS, especialmente a RN 259, são elas

obrigadas a equilibrar a sua rede, de maneira a manter a qualidade da assistência e do acesso.

No que tange à proposta de que o novo prestador hospitalar contratado esteja localizado no mesmo município ou nos municípios limítrofes daquele que será descredenciado, esta também deve ser reavaliada. Sugere-se que seja considerada, também, a possibilidade de contratação de prestador localizado na mesma região de saúde daquele que está sendo substituído.

É sabido que há regiões nas quais existe uma deficiência quantitativa de prestadores hospitalares, chamados por esta Agência de “vazios assistenciais”, sendo certo que há municípios em que sequer há uma entidade hospitalar instalada. Há, ainda, muitos outros em que, apesar de haver prestador hospitalar, o mesmo apresenta estrutura simplificada, com fornecimento de serviços básicos. Esta questão já foi, inclusive, objeto de estudo por esta Agência, que em outubro de 2015 chegou ao seguinte diagnóstico<sup>1</sup>:



<sup>1</sup> Fonte: [http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/20151027\\_danielleConte.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/20151027_danielleConte.pdf), consulta realizada em 28 de junho de 2017, às 12:00 horas.

## DIAGNÓSTICO DA DISPERSÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL

### Conclusões

- ❖ **As operadoras de planos de saúde são obrigadas a oferecer todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, para atendimento integral da cobertura prevista na Lei nº 9.656, de 1998.
- ❖ Reafirma-se que a falta de uniformidade na distribuição de prestadores de serviços pelo país e a ausência de prestadores em determinadas regiões implicam em **dificuldade de se adotarem parâmetros quantitativos de suficiência para avaliar a adequação das redes assistenciais**.
- ❖ É importante **aprofundar os estudos** que permitam **aprimorar os critérios para monitoramento do acesso e da rede assistencial** na saúde suplementar.
- ❖ Necessidade de **ampliar as discussões relacionadas à rede assistencial com o setor de saúde suplementar**.



Assim, necessário que as regras para substituição de entidades hospitalares, especialmente no que tange à localidade dos prestadores, seja coerente com a realidade do país, já havendo parâmetros adotados pela própria Agência reguladora (RN nº 259) no que tange à possibilidade de as Operadoras garantirem atendimento dentro da região de saúde em que se inserem.

No que tange à equivalência entre prestadores, a norma poderá avançar a fim de permitir à ANS maior celeridade na avaliação dos comunicados de substituição. Isto poderá ocorrer se a legislação permitir que a conclusão da análise sobre a equivalência de prestadores seja automática nas hipóteses em que a nova entidade hospitalar credenciada possua o mesmo número, ou um número superior, de leitos daquela cujo contrato será rescindido.

**Portanto, a equivalência puramente quantitativa poderá representar um ganho de celeridade na avaliação do processo, mas não poderá condicionar a aprovação do mesmo pela Agência. A equivalência deverá perpassar, sobretudo, pela capacidade de atendimento das entidades que absorverão as demandas do hospital descredenciado.**

## 2) COMO AVALIAR O IMPACTO SOBRE A MASSA ASSISTIDA NO REDIMENSIONAMENTO?

Encaminhamento proposto pela ANS:

**ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR  
REVISÃO DOS CRITÉRIOS DE ANÁLISE**

**REDIMENSIONAMENTO DE REDE HOSPITALAR POR REDUÇÃO - PROPOSTAS**

Como avaliar o impacto sobre a massa assistida no redimensionamento?

Ao excluir um prestador hospitalar, a **operadora deve se responsabilizar** pela manutenção da capacidade de atendimento, bem como da qualidade da atenção prestada. Entretanto o **pedido não será deferido** avaliando-se critérios relacionados ao **acesso** e à **estrutura** da sua rede assistencial.

Deferimento do pedido negado:

Acesso	Estrutura
<ul style="list-style-type: none"><li>Pedidos de operadoras em situação gravosa no monitoramento da garantia de atendimento (Faixa 3)</li></ul>	Pedidos relacionados aos: <ul style="list-style-type: none"><li>principais prestadores na região (qualificados, mais utilizados, último no município)</li><li>prestadores vinculados há menos de 12 meses à operadora, incluindo transferência de carteira</li></ul>

O monitoramento do acesso é constante, independente do pedido de redimensionamento!

Motivações:

- Fim da vigência do contrato
- Rescisão contratual
- Rede indireta\*
- Encerramento de atividades\*\*

\*Verificação se prestador consta na rede da OPS direta  
\*\* Declaração da operadora

48

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

A proposta apresentada é assertiva ao estabelecer que a avaliação do impacto sobre a massa assistida deve ser medida pela manutenção da capacidade de atendimento, bem como da qualidade da atenção prestada. Esta medição já é feita pela própria Agência através de diversos programas de monitoramento e até ranqueamento das Operadoras, que são avaliadas em diversas dimensões, algumas delas diretamente ligadas à qualidade da rede disponibilizada.

A qualidade da prestação do serviço, qualidade entendida, aqui, como a oferta de prestadores em termos quantitativos, é reflexo direto não apenas das avaliações feitas por esta Agência quando analisa os dados e informações encaminhados pelas Operadoras, mas também nas tratativas diretas realizadas em decorrência das reclamações apresentadas pelos beneficiários.

Incontestável que a satisfação do beneficiário perpassa, sobretudo, pela manutenção da **capacidade** de atendimento ofertada pelo plano. E esta capacidade, como mencionado no tópico anterior, não é mantida apenas quando um prestador é substituído por outro com a mesma quantidade de leitos e serviços, mas sim quando a

Operadora cumpre reiteradamente os prazos preconizados pela legislação para garantia do atendimento contratado, mantendo um alto índice de satisfação por parte dos beneficiários.

Nesta linha de raciocínio, para deixar o processo mais célere, mantendo-se o compromisso e a responsabilização da Operadora, deveria ser suficiente que as Operadoras declarassem sua responsabilidade sobre a alteração pretendida, garantindo a suficiência de rede e o atendimento nos prazos estabelecidos pela RN nº 259.

Neste sentido, o impacto sobre a massa assistida será observado se o redimensionamento de rede ou a substituição de entidade hospitalar refletir no aumento do número de reclamações fundamentadas, no que tange à garantia de atendimento, perante esta Agência. Se observado um aumento, as Operadoras deverão tomar providencias no sentido de aumentar sua capacidade de atendimento, seja com o credenciamento de novos hospitais, seja com a ampliação da contratação junto àqueles que já compõem sua rede.

No que tange à relevância da rede Hospitalar sob o ponto de vista comercial no momento da venda do plano, a Unimed BH coaduna com argumento exposto por outros entes do setor, segundo os quais os pontos de maior relevância para contratação estão nos preços, na segurança do atendimento e no acesso à rede. Por acesso leia-se, possibilidade de atendimento quando demandado, não sendo determinante o acesso a um prestador específico.

Além do mais, existem hipóteses em que a operadora não possui mecanismos para manter o hospital em sua rede como, por exemplo, os casos de municipalização, intervenções públicas, encerramento das atividades, solicitações de descredenciamento das atividades, entre outras. Em todas essas hipóteses, mesmo que o prestador tenha sido, para o cliente, o motivador para contratação de determinado plano, ele não poderá ser mantido pela Operadora.

Sobre existirem tipos de prestadores que não podem ser excluídos sem a respectiva substituição, reitera-se a mesma resposta e os mesmos argumentos anteriormente apresentados, ou seja, não existe um prestador que não possa ser excluído, pois tal particularidade é quase impossível de ser sustentada dentro de uma rede de atendimento estruturada.

Deve se ter em mente que a qualificação da rede hospitalar pelas operadoras, para que primem pela eficiência assistencial e financeira, necessariamente acarretará a revisão da rede, seu redimensionamento, em prol da economicidade. É prejudicial aos beneficiários a manutenção de rede ociosa, que significa gasto desnecessário que, por sua vez, impactará nos contratos de plano de saúde.

Importante, nesses casos, a garantia de que os beneficiários terão o atendimento necessário, com o custeio do transporte preservado pela operadora, caso se configure uma das hipóteses previstas pela RN nº 259 para que ele seja garantido.

Quanto ao questionamento acerca da possibilidade de as Operadoras excluírem parcialmente serviços hospitalares do prestador sem autorização da ANS, há de ser lembrado que serviços são fluidos. O objeto da prestação de serviço, inclusive, pode ser alterado sazonalmente, como por exemplo nas epidemias, em que podem ser acordadas ampliações de serviços unicamente para situações ou épocas bem específicas. Passado o período de turbulência, o objeto do contrato pode ser revisto, para retorno às suas características iniciais.

### 3) COMO COMUNICAR OS BENEFICIÁRIOS DE FORMA OPORTUNA?

Encaminhamento proposto pela ANS:

**ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR  
REVISÃO DOS CRITÉRIOS DE ANÁLISE**

**COMUNICAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR - PROPOSTAS**

Como **comunicar** os beneficiários de forma oportuna?

Os beneficiários devem ser comunicados **oportunamente** para que saibam as alterações ocorridas na sua rede assistencial no momento em que necessitam do atendimento.

Regras para comunicação ao beneficiário propostas:

- 1 – Compatibilizar com as regras estabelecidas para prestadores não hospitalares  
*“O Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras devem manter atualizadas as informações das substituições havidas em sua rede assistencial (...)”*  
*“A operadora deve comunicar, ao contratante do plano, pessoa física ou jurídica, por qualquer meio que garanta a ciência do beneficiário, em especial por meio impresso, que as substituições havidas na rede assistencial da operadora ficarão disponíveis no Portal Corporativo e na Central de Atendimento da Operadora e os respectivos endereço eletrônico e telefone.”*
- 2 – Obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras nos seus Portais Corporativos na Internet, devendo estar atualizadas em tempo real (RN nº 285/2011).
- 3 – Obrigatoriedade de notificação individualizada do beneficiário por meio eletrônico (e-mail / SMS) se assim ele optar.



A proposta apresentada contempla meios de comunicação que, na visão da Unimed BH, serão efetivos. Não há necessidade de que haja, obrigatoriamente, diferenciação nas regras para prestadores de urgência ou emergência.

Ainda dentro dos critérios referentes à comunicação dos beneficiários, cabível ainda pontuar a necessidade de que seja estabelecido um prazo para que esta r. Agência avalie os pedidos de redimensionamento e comunicados de substituição.

Os procedimentos adotados por esta Agência para avaliação devem ser automatizados de forma a garantir um retorno para as Operadoras e, conseqüentemente, para os próprios beneficiários, em um prazo substancialmente mais curto do que os adotados atualmente. Propõe-se que seja estabelecido prazo de no máximo 90 dias para finalização da análise.

#### 4) COMO ACOMPANHAR ESSAS ALTERAÇÕES:

Encaminhamento proposto pela Agência:

**ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR  
REVISÃO DOS CRITÉRIOS DE ANÁLISE**

**ACOMPANHAMENTO DA ESTRUTURA DA REDE HOSPITALAR - PROPOSTAS**

Como acompanhar essas alterações?

Torna-se necessário avançar em estudos de informações e indicadores voltados para a avaliação da estrutura da rede assistencial.

**Propostas:**

- 1 - Monitoramento da garantia de atendimento
- 2 - Novos indicadores para avaliar a estrutura da rede assistencial

51

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

No que tange a este questionamento, verifica-se não ter havido um direcionamento da Agência, tendo sido sinalizada, apenas, a necessidade de maior aprofundamento dos estudos sobre o tema.



Parece ter sido firmada apenas a proposta de que o monitoramento da garantia de atendimento, já realizado por esta r. Agência, seria uma das formas de acompanhamento da estrutura hospitalar ofertada pelas Operadoras.

Neste contexto, a Unimed BH, reitera que se o objetivo desta r. Agência é verificar a utilização da rede hospitalar através de indicadores, recomenda-se a cautela de não imputar às operadoras a responsabilidade pelas particularidades da distribuição dos serviços de saúde em cada município, especialmente dos hospitalares e, ainda, a possibilidade de serem contratados, sendo que muitos municípios dispõem de um único hospital, vinculado ao SUS com exclusividade.

Dessa forma, talvez seja interessante que primeiro sejam definidos quais aspectos querem ser medidos, quais dimensões querem ser vistas com mais profundidade, considerando que já é medido o cumprimento da RN 259.