

São Paulo, 02 de maio de 2017.

À  
**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS**  
DIRETORA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS - DIPRO  
Av. Augusto Severo, 81 - 10º andar - Glória - Rio de Janeiro - RJ - CEP nº 20021-040.

Ref. Contribuições - Alteração de Rede Assistencial Hospitalar

Prezada Dra. Karla Santa Cruz Coelho,

A **UNIMED DO BRASIL - CONF. NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**, representante institucional das cooperativas médicas do Sistema Unimed em âmbito nacional, operadora registrada provisoriamente na ANS sob o número 30087-0, por seu representante legal que abaixo subscreve, em atendimento quanto ao que foi solicitado na reunião realizada em 06 de abril de 2017 do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, apresenta suas contribuições sobre o assunto Alteração de Rede Assistencial Hospitalar.

Antes de entrar nas questões que foram propostas na referida reunião sobre a rede hospitalar, o Sistema Unimed pleiteia o aprimoramento da legislação que rege o tema, justamente por oferecer aos seus quase 19 milhões de beneficiários cerca de 2.844 hospitais, 5.588 laboratórios, 2105 centros de diagnósticos, além de mais de 110 mil médicos cooperados.

A preocupação principal do Sistema Unimed é em relação à rede de prestadores indireta, registrada por cada uma das operadoras Unimed quando do registro de seus produtos pelo aplicativo RPS - rede esta que é compartilhada por outras Unimeds de forma indireta, ou seja, via operadora intermediária, tal como autoriza expressamente a regulamentação em vigor (*item 8 do Anexo II da Resolução Normativa - RN nº 85/04 e artigo 3º, II, "b" da IN DIPRO nº 46/14*).

Os primeiros registros dos produtos na saúde suplementar ocorreram em 1999, quando nem a própria agência reguladora estava constituída por lei. De lá para cá, muitas entidades hospitalares fecharam as portas, outras sofreram alterações societárias, outras foram municipalizadas com atendimentos exclusivos ao SUS, outras rescindiram seus contratos com operadoras, outras ingressaram

no setor de saúde suplementar. O fato é: muita coisa mudou em aproximadamente em 18 anos de regulação.

Há, ainda, uma série de erros materiais na rede atualmente vinculada aos produtos das operadoras, que poderiam ser corrigidos de uma forma simples, para benefício dos próprios consumidores, das operadoras e desta agência reguladora, sem que fosse exigido um complexo processo de redimensionamento por redução, como recorrentemente apontam despachos da DIPRO/ANS.

Outro problema da rede de prestadores hospitalar vinculadas aos produtos ocorre em relação àquelas operadoras Unimed que contratavam diretamente o prestador, mas que tiveram suas autorizações de funcionamento canceladas compulsoriamente pela ANS, inclusive em processos de liquidação extrajudicial.

Dentro do princípio da razoabilidade, a legislação deveria prever uma alternativa para as 293 operadoras que se utilizavam de uma rede hospitalar até então contratada por operadora intermediária que foi liquidada. Não deveria prosperar a exigência para que cada uma dessas operadoras protocolizasse, individualmente, processos de redimensionamento por redução, com o pagamento de taxa, por cada um dos produtos que a aludida entidade hospitalar estava vinculada, até porque a maioria desses produtos têm registro na agência muito antes da resolução da ANS que trata do redimensionamento.

Partindo do princípio que o cancelamento da autorização de funcionamento por liquidação cancela automaticamente os respectivos produtos, qual seria a justificativa para que a sua rede de prestadores hospitalar contratada diretamente, vinculada aos produtos cancelados, continue existindo? A extinção de uma das partes (liquidação) implica na extinção do contrato (Código Civil). Aquelas que utilizavam o prestador de forma indireta nunca poderão se aproveitar do disposto no §2º do artigo 9º da IN DIPRO nº 46/14, ou seja, do ofício emitido pela ANS que autoriza a (ex) operadora intermediária a reduzir a rede hospitalar.

Para evitar esse contrassenso, seria necessário a atualização da instrução normativa vigente (IN/DIPRO nº 46), com acréscimo do inciso V ao art. 5º, e o §6º ao art. 7º, conforme a sugestão abaixo:

Art. 5º A alteração de rede hospitalar por substituição de entidade hospitalar ou redimensionamento de rede hospitalar por redução poderá ser motivada por:

- I - interesse da própria operadora de planos de assistência à saúde;
- II - interesse exclusivo da entidade hospitalar;
- III - encerramento das atividades da entidade hospitalar;
- IV - rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora de planos de assistência à saúde intermediária, nos casos de contratação indireta; ou

V - nos casos de contratação indireta, quando houve o encerramento das atividades da operadora de planos de assistência à saúde intermediária ou deterioramento da sua rede de prestadores.

Art. 7º ...

...

§6º Caso a solicitação de alteração de rede hospitalar contratada indiretamente seja motivada por deterioramento da rede de prestadores com o comprometimento dos prazos de atendimento ou pelo encerramento das atividades da operadora de planos de assistência à saúde intermediária, é necessário o encaminhamento de um dos seguintes documentos comprobatórios:

- a) Resolução Operacional que determine a alienação de carteira, a portabilidade de carências, a liquidação ou o cancelamento do registro da operadora intermediária da rede;
- b) declaração de responsável pela Operadora de Planos de Assistência à Saúde;
- c) comprovante da situação cadastral no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica e na Junta Comercial ou
- d) notícias publicadas em meios de comunicação de massa.

Além disso, deveria ser, também, atualizada a Resolução Normativa - RN nº 89/05, que dispõe sobre a arrecadação de receitas dessa autarquia, com alteração do inciso III e acréscimo do inciso IV ao art. 17-A, conforme a sugestão abaixo:

Art. 17-A. Também estão isentas do recolhimento da TAP as seguintes alterações de dados do produto, conforme autoriza o art. 20, §4º, da Lei nº 9.961, de 2000:

- I - a alteração da relação com a entidade hospitalar (indireta/direta);
- II - a informação do novo CNPJ e Registro na ANS da operadora responsável pela contratação direta do prestador hospitalar;
- III - as atualizações dos cadastros dos prestadores hospitalares vinculados aos planos de saúde da operadora, nas seguintes hipóteses:
  - a) as motivadas por encerramento das atividades;
  - b) ausência de prestação de serviços por 12 meses consecutivos ou mais, em caso de liquidação ou venda de ativos da operadora intermediária, na contratação indireta.
  - c) quando comprovado que o estabelecimento vinculado, por erro material, não é de assistência hospitalar.
- IV - o redimensionamento da rede de prestadores hospitalares contratada indiretamente motivado por encerramento das atividades da operadora de planos de assistência à saúde intermediária, ou deterioramento da rede de prestadores desta.

Também seria factível que a redação dada pela RN nº 101/05 ao §2º do artigo 18 da RN nº 89/05 voltasse a ter vigência, possibilitando um valor menor de pagamento de taxa nos casos de contratação indireta, nos seguintes termos:

§ 1º. Quando o pedido de alteração de dados de produto envolver movimentação de prestador hospitalar que também é contratado de forma indireta por outras operadoras, deverá ser recolhida TAP pela operadora que mantém a relação direta com o prestador, satisfeitos os requisitos do art. 20, § 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. (Redação pela RN nº 179, de 2008)

§ 2º. O recolhimento da TAP pelas operadoras que contratam indiretamente o prestador, quando da alteração destes, será no valor de R\$ 50,00 (cinquenta reais) por registro de produto, satisfeitos os requisitos do art. 20, § 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. (Redação dada pela RN nº 101, de 2005)

§ 3º Quando o pedido de alteração for de prestador hospitalar vinculado à rede de serviços próprios ou contratados da operadora para atendimento integral da cobertura prevista no art. 12 da Lei n.º 9.656/98 à todos produtos em operação, conforme disposto no § 1º do art. 13 da RN nº 85, de 07 de dezembro de 2004,

o recolhimento da TAP por registro de produto será no valor de R\$ 50,00 (cinquenta reais) satisfeitos os requisitos do art. 20, § 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. (Incluído pela RN nº 101, de 2005)

Solicitamos o acatamento das sugestões acima elencadas, por serem imprescindíveis para a construção de uma regulação condizente com a realidade. Reafirmamos que as operadoras do sistema Unimed são as maiores interessadas em manter a qualidade da rede assistencial aos seus beneficiários, nosso principal ativo e cuja satisfação com a prestação de serviço oferecida deve ser cultivada.

Em relação à discussão proposta na última reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, inicialmente algumas premissas devem ser salientadas, para que posteriormente as questões formalizadas sejam respondidas de forma esquematizada.

Desde 2011 está em vigor a RN nº 259/11, que obriga as operadoras de planos de saúde a garantir o atendimento do beneficiário seja em rede contratualizada, seja em rede não contratualizada. As operadoras, inclusive, são medidas (monitoramento) e punidas (por negativa de cobertura!) caso descumpram os prazos máximos de atendimento.

Considerando que já existem regras claras sobre garantia de atendimento no setor de saúde suplementar brasileiro, que as operadoras buscam o seu rígido cumprimento, não se entende razoável a existência de regras rígidas para processos de substituição de prestador hospitalar ou de redimensionamento de rede por redução, como são as atuais.

A Taxa por Alteração de Dados do Produto - TAP não poderia ser a finalidade precípua de todo esse processo. Se os beneficiários estão sendo atendidos e protegidos pelas regras da 259/11, ter uma legislação mais flexível para os processos de alteração da rede hospitalar seria uma forma importante de desopilar nossos processos de burocracia, para que nossas energias fossem concentradas em outras atividades que realmente proporcionem melhorias no atendimento dos nossos beneficiários.

A proposta do Sistema Unimed é de um regramento menos engessado, que cause menos problemas para as operadoras, para os prestadores e para a própria ANS. A nova legislação sobre o assunto deveria focar no mercado, na manutenção da qualidade dos serviços prestados aos beneficiários, na vontade das partes (operadoras e prestadores), na livre iniciativa e na livre concorrência, princípios de natureza constitucional em benefício de nossos contratantes. A operadora não pode ser obrigada a ficar vinculada a um determinado prestador hospitalar se inexistente interesse comercial nesse sentido. E

pior: um hospital não pode ser valer de regras regulatórias que impossibilitam a alteração da rede para forçar o enriquecimento sem causa, para impor o sobre-preço.

A própria regulação obriga que os contratos entre operadoras e prestadores tenham cláusulas próprias (RN nº 363/14), inclusive em relação à possibilidade rescisão unilateral, com notificação prévia. Qual o sentido de outras normas, do mesmo órgão regulador, obrigarem a continuidade de uma relação comercial desgastada? Não será o beneficiário o favorecido por essas regras, até porque ele de forma direta ou indireta ele quem vai pagar essa conta. As operadoras desejam a satisfação de satisfação de seus clientes, cujo atendimento já está devidamente assegurado pela RN nº 259/11.

A mudança na IN DIPRO nº 46 deve ser indutora de concorrência, de menos custos, de mudança de modelo de remuneração. Deve ser facilitadora da possibilidade troca de prestadores hospitalares para estimular a concorrência, tal como ocorre com os prestadores não hospitalares. O órgão regulador não poderia se prender a grifes atribuídas por grandes agências de publicidade a algumas entidades hospitalares, para então se manifestar favorável ou contra a um redimensionamento.

Em um mercado fragilizado, com aumento de custos hospitalares, fuga de beneficiários e a predominância do *fee for service*, o órgão regulador não poderia estimular, de forma indireta, a imposição unilateral de tabelas preços, que é a consequência natural de um prestador que se entende insubstituível face ao regulamento vigente.

Assim, compreendendo as razões acima, propomos que tanto o processo de substituição, quanto o de redimensionamento por redução, deveriam mirar a celeridade, a desburocratização e a eficiência. O protocolo deveria ser realizado na agência reguladora e, na hipótese de alguma irregularidade, um posterior processo administrativo específico poderia ser instaurado (como ocorre, por exemplo, no imposto de renda). A exigência de autorização para redimensionamento, nos moldes atuais, é um fator de burocratização que prejudica o setor e que deve ser revisto pela nova legislação.

De forma esquematizada, portanto, a seguir apresentaremos nossos pareceres a cada um dos questionamentos propostos em reunião realizada em 06 de abril de 2017 do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos.

	<b>CONTRIBUIÇÕES</b>
--	----------------------

<p><b>Como avaliar a equivalência na <u>substituição</u>?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ A verificação por parte da ANS deve ser posterior, pelas regras de garantia de atendimento (RN nº 259/11) e somente em caso de abalizadas reclamações por parte dos beneficiários</li><li>➤ O número de leitos da entidade hospitalar em hipótese alguma deve ser levada em consideração, e sim qual o número de leitos que foram utilizados pela operadora em um determinado período de tempo (por exemplo, nos últimos 6 meses). Um hospital de 50 leitos que tenha capacidade de atendimento pode perfeitamente substituir outro com 300 leitos com taxa de ocupação máxima</li><li>➤ De igual sorte, não necessariamente a operadora se utiliza de todos os serviços cadastrados no CNES e oferecidos pelo hospital. Deve-se, se for o caso, verificar os serviços foram utilizados pela operadora em um determinado período de tempo (por exemplo, nos últimos 6 meses) para então verificar a equivalência</li><li>➤ Na hipótese de acréscimo de uma nova entidade hospitalar na rede, deve ser permitido que a operadora proceda com a substituição de uma entidade hospitalar já integrante da rede em até 12 meses a contar desse incremento. Nesse período a operadora teria condições de verificar a capacidade e qualidade de atendimento prestado por essa nova entidade para, então, decidir pela substituição</li></ul>
<p>Prestadores localizados em municípios diferentes podem ser considerados equivalentes?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ As regras de atendimento previstas na RN nº 259/11 devem ser utilizadas para dirimir a questão. A operadora, portanto, deverá proceder com a substituição inicialmente no mesmo</li></ul>

	<p>município, posteriormente em municípios limítrofes e, em seguida, dentro da região de saúde. Deve-se, ainda, acrescentar a possibilidade de substituição em região de saúde limítrofe, tendo em vista que não existe no país tanta disponibilidade em um país de dimensões continentais</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ A norma deve trazer a hipótese de não necessidade de substituição em caso de inexistência de prestadores hospitalares na região demandada e de indisponibilidade de contratação, ou seja, casos de comprovada dificuldade de negociação com o prestador local em região de escassez. Situações excepcionais devem ser justificadas e analisadas pela agência reguladora.</li><li>➤ É oportuno, ainda, que seja rediscutido no âmbito da DIPRO a IN nº 37, que quando da sua publicação dispôs sobre regiões de saúde, apropriando-se de um modelo do SUS que não condiz com a saúde suplementar brasileira e sua disponibilidade de recursos</li></ul>
A equivalência de um prestador pode ser determinada a partir da composição dos serviços de mais de um prestador substituto (ou vice versa)?	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Sem dúvida a equivalência de um prestador pode ser determinada a partir da composição dos serviços de mais de um prestador substituto. Tal como já asseverado anteriormente, deve ser verificado o número de leitos e os serviços que foram utilizados pela operadora em determinado período de tempo (últimos 6 meses, por exemplo) e não o que está registrado no CNES.</li></ul>



<p>O aumento da capacidade operacional de um prestador que já conste na rede assistencial pode substituir um prestador que será excluído?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Imprescindível que seja trazida para a nova normativa a regra prevista no §1º do artigo 3º da RN nº 365/14, que permite a ampliação na capacidade de atendimento de entidade hospitalar própria ou contratualizada já pertencente à rede do produto, em detrimento da substituição. No caso de prestador contratualizado, demonstrar o aumento da capacidade via aditivo contratual. Já em relação aos recursos próprios, declaração do representante legal da operadora.</li></ul>
<p><b><u>Como avaliar o impacto sobre a massa assistida no redimensionamento?</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Desde 2011 está em vigor a RN nº 259/11, que obriga as operadoras de planos de saúde a garantir o atendimento do beneficiário seja em rede contratualizada, seja em rede não contratualizada. As operadoras, inclusive, são medidas (monitoramento) e punidas (por negativa de cobertura!) caso descumpram os prazos máximos de atendimento. O impacto na massa assistida deve ser realizado posteriormente, com base no monitoramento da garantia do atendimento.</li><li>➤ O processo de redimensionamento por redução deve mirar a celeridade, a desburocratização, a eficiência. Depois do protocolo, a agência reguladora só se manifestaria na hipótese de alguma irregularidade, via processo administrativo específico (como ocorre, por exemplo, no imposto de renda). A exigência de autorização para redimensionamento, nos moldes atuais, é um fator de burocratização que prejudica o setor e que deve ser revisado na legislação. O foco deve ser na livre iniciativa do mercado e na concorrência.</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Na hipótese de ausência de prestação de serviços pela entidade hospitalar objeto de redimensionamento nos últimos 6 meses, sequer haveria a necessidade de interferência da ANS, nem posteriormente ao protocolo em sede de processo administrativo.</li></ul>
<p>A rede hospitalar é uma característica relevante sob o ponto de vista comercial, no momento da venda do plano?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Se essa situação ocorre ela é muito pontual, porém, entendemos que o órgão regulador não poderia se prender a grifes atribuídas por grandes agências de publicidade para algumas entidades hospitalares nas regiões metropolitanas do país, como forma de não aceitar troca de rede por essa lógica, quando se apresenta na troca de rede um hospital de qualidade com os mesmos tipos de atendimentos. Trabalhar com essa lógica seria contra o consumidor, nosso usuário que vai ao final pagar a conta desse amarrado que vai deixar as operadoras a mercê da ditadura dos preços dessas entidades. Cada dia mais, o contratante de plano coletivo (80% do mercado), deseja um plano de saúde que cabe em seu orçamento e que assegure a almejada garantia de atendimento.</li><li>➤ No interior do país inexitem essas grifes. Um plano superior é ambicionado, normalmente, não pela rede hospitalar (que é única, escassa e restrita) e sim por uma acomodação melhor e individual, por exemplo.</li><li>➤ O órgão regulador não deveria balizar-se apenas com os grandes centros, onde existem hospitais de grife. No interior desse país, a rede hospitalar não é característica relevante na hora da compra. E nos grandes centros, cada</li></ul>

	<p>vez mais o empresário se preocupa com planos que cabem em seu bolso e que garantam atendimento - e não em grifes.</p>
<p>Existem tipos de prestadores que não podem ser excluídos sem a respectiva substituição?</p>	<p>➤ Não, todo o prestador pode ser excluído. A ANS não pode se prender a grifes, conforme ressaltado anteriormente.</p>
<p>Existem casos de operadoras que não podem redimensionar sua rede assistencial (apenas substituir prestadores)?</p>	<p>➤ Não existem casos de operadoras que não podem redimensionar sua rede assistencial. Aliás, um entendimento nesse sentido poderá se voltar contra as operadoras, que ficariam reféns de prestadores em situações de aumento de tabelas, entre outras exigência financeiras e operacionais. Medida nesse sentido seria um atentado à Constituição, uma ofensa aos princípios constitucionais do livre mercado e concorrência.</p>
<p>Poderá a operadora excluir parcialmente serviços hospitalares do prestador sem autorização da ANS?</p>	<p>➤ A regra atual deve ser mantida, ou seja, deve prevalecer a informação sobre contratação parcial e total no aplicativo RPS.</p> <p>➤ Com base no princípio consumerista da informação, em caso de descontinuidade de prestação de algum serviço pelo recurso hospitalar, os beneficiários serão comunicados via portal corporativo, tal como preceitua a RN nº 365/14 e IN DIDES nº 56/14.</p>

<p><b><u>Como comunicar os beneficiários de forma oportuna?</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A comunicação deve ocorrer conforme padrão da RN 365/14 e IN DIDES nº 56/14, ou seja, pelo portal corporativo da operadora.</li> </ul>
<p>Como evitar que o beneficiário seja surpreendido ao saber da exclusão de um prestador no momento que necessita de atendimento?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A comunicação deve ocorrer conforme padrão da RN 365/14 e IN DIDES nº 56/14. Atualmente existem no país 168 milhões que <i>smartphones</i> que podem ser utilizados para essa finalidade.</li> </ul>
<p>Deve haver diferenciação na regra para prestadores de urgência/emergência?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Não, a forma de comunicação deve ser a mesma, ou seja, pelo portal corporativo da operadora (RN 365/14 e IN DIDES nº 56/14). Quando se tratar de serviço de urgência e emergência a informação no portal poderá aparecer destacada dos demais prestadores.</li> </ul>
<p>Como alterar a rede hospitalar garantindo a satisfação do beneficiário com o plano de saúde contratado?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A ANS monitora os prazos de garantia de atendimento impostos pela RN 259/11. Casos de insatisfação certamente serão objeto de reclamação via NIPs, recorrentemente monitoradas pelo órgão regulador e passíveis de adoção de medidas drásticas contra as operadoras (como por exemplo suspensão de comercialização, afastamento de administradores, direção técnica, entre outras).</li> </ul>
<p><b><u>Como acompanhar essas alterações?</u></b></p>	
<p>Como garantir que as alterações na rede não irão afetar a estrutura de acesso aos serviços?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tal como já ressaltado anteriormente, uma operadora para se estabelecer no setor de saúde suplementar brasileiro, altamente regulado, não pode ter problema de acesso aos serviços. Se isso ocorrer, NIPs serão lavradas, multas serão aplicadas, a comercialização será suspensa, a diretoria será</li> </ul>

	<p>afastada, um diretor técnico será nomeado e a operadora poderá até ser liquidada.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Caso a DIPRO/ANS entenda que a RN nº 259/11 não seja suficiente para assegurar o acesso aos serviços, só restará a realização de um estudo técnico de suficiência de rede hospitalar. Existem, inclusive, experiências dentro do sistema Unimed nesse sentido, que poderão ser compartilhadas com este órgão regulador.</li></ul>
Como criar indicadores simples alinhados aos normativos vigentes (RN 259/2011)?	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Acredita-se já existirem indicadores mais que suficientes para qualquer apuração, como por exemplo os utilizados no monitoramento garantia de atendimento (NIPs), índice geral de reclamações, indicadores de dispersão do IDSS, monitoramento assistencial, intervenção fiscalizatória, entre vários outros.</li></ul>
Como trazer transparência para o consumidor na compra do plano e no acompanhamento da estrutura da rede assistencial durante a manutenção do plano?	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Sugere-se que seja criada uma declaração, a ser assinada no ato da contratação do plano de saúde, onde o beneficiário afirmaria que ele tomou conhecimento que ele está comprando determinada rede de prestadores e não hospitais em específico, para que o processo seja mais transparente.</li></ul>
De que forma identificar quais são os principais prestadores da rede assistencial das operadoras?	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Existem de normativas suficientes que obrigam a divulgação dos prestadores por produto, tais como a RN nº 285/12, 365/14, RN nº 405/17, IN DIDES nº 56/14, entre outras. Para a identificação dos principais, sugere-se que seja medida quantidade de atendimentos em cada prestador através da curva ABC.</li></ul>

PRES 089/17

Espera-se, ante ao exposto, que as contribuições apresentadas sejam reconhecidas e providas, pois têm como objetivo inexorável a construção de uma legislação coesa e factível tanto para esse órgão regulador, quanto para os regulados, tendo como premissa principal o atendimento e a prestação correta de informação aos beneficiários dos planos de saúde.

Atenciosamente,



Orestes Barrozo de Medeiros Pullin  
Presidente da Unimed do Brasil

