

CEGRP 01/2017

Porto Alegre, 30 de junho de 2017

À
Assessoria Jurídica
Unimed do Brasil
São Paulo/SP

Assunto: Considerações sobre as propostas de alteração da Rede Assistencial Hospitalar

Senhores

Na 4ª Reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, realizada em 30/05, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), foram apresentadas as contribuições de operadoras de planos de saúde e de entidades do setor para a elaboração de novos critérios de análise de alteração de rede, assim como as propostas iniciais da ANS, ainda abertas à discussão pelos membros do Comitê, sendo divulgado que Operadoras e entidades do setor têm até o dia 30/06 para encaminhar mais contribuições para a elaboração das novas regras, através do e-mail ggrep.dipro@ans.gov.br.

Reunimos as Unimed Alto Uruguai/RS, Encosta da Serra/RS, Erechim, Federação/RS, Fronteira Noroeste/RS, Missões/RS, Nordeste RS, Noroeste/RS, Pelotas/RS, Porto Alegre, Região da Campanha/RS, Santa Maria/RS, Uruguaiana/RS e Vale do Sinos para análise conjunta dos itens, e destacamos considerações para alguns itens.

1º BLOCO

Como avaliar a equivalência na substituição?

Proposta original	Considerações
Considerar a capacidade de atendimento, independentemente da quantidade de serviços e leitos	Capacidade de atendimento seria medida pela quantidade de beneficiários que deram entrada no hospital? Em qual período? Qual será a métrica utilizada?
Apoio à fixação do critério de equivalência baseado em portes definidos pelo número de leitos disponível no prestador, tal como o critério apresentado pela ANS	Consideramos inadequado este item, pois há operadoras que não contratam leitos e sim o atendimento hospitalar como um todo.
O critério de número de leitos utilizado na análise da equivalência da substituição de entidades hospitalares deve ser considerado superado, devido a aspectos como a existência de vazios assistenciais.	Consideramos inadequado este item, pois há operadoras que não contratam leitos e sim o atendimento hospitalar como um todo.
Substituição automática nos casos de rede que apresentarem a mesma quantidade de leitos. Nesta hipótese, a garantia de equivalência seria avaliada por meio de documento assinado pelo prestador substituto atestando a capacidade de absorver a demanda	A substituição automática seria avaliada por meio de documento assinado pelo prestador substituto, atestando a capacidade de absorver a demanda de atendimentos realizados e não pelo número de leitos.

Quando houver redução da quantidade de leitos, considerar a capacidade de absorção do atendimento médio nos 12 últimos meses, por especialidade: Maternidade, Internação Pediátrica, Internação/Adulto. Haveria a apresentação de declaração de cada um dos prestadores apontados atestando a capacidade de absorção	Consideramos inadequado este item, pois quando houver redução da quantidade de leitos, a absorção da demanda será automática, uma vez que a contratação não é pelo número de e sim o atendimento hospitalar como um todo. Solicitar declaração de todos os hospitais é inviável pelo tipo de contratação e pela burocracia do processo.
Para Substituição/Redimensionamento levar em consideração a utilização dos leitos do prestador a ser substituído para o critério de equivalência	Consideramos inadequado este item, pois para as operadoras que não contratam leitos e sim o atendimento hospitalar como um todo, é inviável mensurar o número de leitos utilizados pelo número de internações.
O número de leitos da entidade hospitalar não deve ser levado em consideração, e sim qual o número de leitos que foram utilizados pela operadora em um determinado período de tempo	Consideramos inadequado este item, pois para as operadoras que não contratam leitos e sim o atendimento hospitalar como um todo, é inviável mensurar o número de leitos utilizados pelo número de internações.
Deve ser verificado o número de leitos e os serviços que foram utilizados pela operadora em determinado período de tempo e não o que está registrado no CNES	Consideramos inadequado este item, pois para as operadoras que não contratam leitos e sim o atendimento hospitalar como um todo, é inviável mensurar o número de leitos utilizados pelo número de internações.
A troca da entidade hospitalar por outra com menor capacidade operacional poderá implicar numa dada exclusividade que trará melhorias no atendimento.	Poderá haver essa situação de melhoria de atendimento, mas a análise depende de diversos parâmetros, tais como localização, estrutura, quantidade de beneficiários expostos a esse atendimento.
Quanto à territorialidade há de ser observada a disponibilidade de rede	Consideramos inadequado tratar aqui, pois a localização do prestador é abordada em outra questão.
	Para hospitais, não deve ser avaliada a equivalência para a "substituição", uma vez que dificilmente haverá outro hospital com mesmo perfil, podendo ser necessária a utilização de toda a rede hospitalar que permanecerá, além do apoio na rede de serviços credenciados.

Não houve considerações para os itens abaixo.

- A avaliação de equivalência deve ser flexibilizada.
- A equivalência entre prestadores utilizará como documento principal o contrato firmado entre os PHs e PNHs e a operadora, com base na descrição dos serviços contratados.
- A equivalência na substituição de rede hospitalar é de responsabilidade da operadora, com base na RN 259/11, mensurado pelo monitoramento da garantia de atendimento.
- O tema da qualidade deve ser prioritário nas discussões sobre substituição de prestadores.
- Não haja substituição obrigatória para rede indireta hospitalar e não hospitalar. Se há contrato de reciprocidade é porque a operadora não conseguiu constituir rede direta na localidade.
- A verificação por parte da ANS deve ser posterior, pelas regras de garantia de atendimento.
- Não necessariamente a operadora utiliza todos os serviços cadastrados no CNES. Deve-se verificar os serviços utilizados pela operadora em um determinado período de tempo.
- Na hipótese de acréscimo de entidade hospitalar, permitir que a operadora substitua um hospital 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.
- "Em caso de ausência ou incompatibilidade ou desatualização" deverão ser considerados os serviços contratados, utilizando como referência a descrição de tipo de estabelecimento no CNES (RN 365, de 2014).
- Considerar a equivalência de maneira mais ampla, com base no CNES, e permitir às operadoras tratar de forma mais rigorosa os prestadores que mantenham cadastros em desconformidade com a realidade.

Prestadores localizados em municípios diferentes podem ser considerados equivalentes?

Proposta original	Considerações
Município como o principal critério de análise para a substituição de prestadores. Em situações de municípios extremamente extensos, deve-se verificar se o prestador substituto é igualmente acessível aos beneficiários.	Consideramos inadequado este item, pois é inviável considerar a distância, dentro do município, como critério de equivalência.
O prestador poderá exigir vantagens econômicas quando for o único prestador do município ou quando a operadora já tiver credenciado todos os prestadores de um determinado município.	Consideramos inadequado, pois não está relacionado à pergunta.
Considerar os municípios limítrofes e a região de saúde no critério de equivalência, tal como previsto na RN 259.	Em relação à região de saúde, rediscutir a IN nº 37, que dispôs sobre regiões de saúde apropriando-se de um modelo do SUS que não condiz com a saúde suplementar.
Pode não haver, no mesmo município, nos limítrofes ou mesma região de saúde, entidades com as mesmas características no CNES.	Em relação à região de saúde, rediscutir a IN nº 37, que dispôs sobre regiões de saúde apropriando-se de um modelo do SUS que não condiz com a saúde suplementar.
Acrescentar a possibilidade de substituição em região de saúde limítrofe, tendo em vista que não existe tanta disponibilidade de prestadores.	Em relação à região de saúde, rediscutir a IN nº 37, que dispôs sobre regiões de saúde apropriando-se de um modelo do SUS que não condiz com a saúde suplementar.
Rediscutir a IN nº 37, que dispôs sobre regiões de saúde apropriando-se de um modelo do SUS que não condiz com a saúde suplementar.	Proposta transcrita para os itens acima, que dizem respeito à região de saúde.

Não houve considerações para os itens abaixo.

- A regulamentação em vigor não exige obrigatoriamente o credenciamento de um prestador em cada um dos municípios integrantes da área de atuação dos produtos, bem como já estabelece a obrigatoriedade da garantia de atendimento.
- Pode ser caracterizada a equivalência de prestadores localizados em diferentes municípios.
- Considerando que a RN 259, de 2011, já estabeleceu as condições de atendimento, o prestador substituto poderá estar em município diferente, não necessariamente limítrofe, desde que seja dentro da área de abrangência ou atuação do produto.
- 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.

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

Proposta original	Considerações
Concentrar vários serviços distintos em um só local ("one-stop-shop") tem o potencial de gerar valor para o paciente. Assim, a substituição desmembrando os serviços prestados por um único prestador em mais de um prestador substituto prejudicará o beneficiário, que perderá a referência de um prestador mais completo.	Consideramos inadequado este item, pois a questão não trata da concentração de serviços e sim da composição por mais de um prestador substituto.
Sim. 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, nos últimos 12 meses.	A capacidade de absorção da demanda deve se dar por meio de documento assinado pelo prestador indicado, de acordo com as especialidades dos atendimentos nos últimos 12 meses.

Não houve considerações para os itens abaixo.

- A equivalência pode ser determinada pela composição dos serviços de mais de um prestador, tanto a ser substituído como substituto. Esta equivalência poderá ser de prestador para prestador ou de mais de um prestador hospitalar ou não para um prestador hospitalar ou não hospitalar ou vice versa.
- Como um prestador de serviço pode, contratualmente, exercer diversas atividades assistenciais diferentes, pode existir uma situação em que dois ou mais prestadores terão que garantir toda assistência, em caso de substituição.

O aumento da capacidade operacional de um prestador que já conste na rede assistencial pode substituir um prestador que será excluído?

Proposta original	Considerações
O beneficiário pode ser prejudicado pela substituição de um prestador mais próximo pelo aumento da capacidade operacional do outro mais distante.	Consideramos inadequado este item, pois a questão não trata da localização do prestador e sim da capacidade de atendimento.
Sim. A capacidade de absorção da demanda deve se dar por meio de documento assinado pelo prestador indicado, de acordo com as especialidades das internações nos últimos 12 meses.	A capacidade de absorção da demanda deve se dar por meio de documento assinado pelo prestador indicado, de acordo com as especialidades dos atendimentos nos últimos 12 meses.

Não houve considerações para os itens abaixo.

- Dois hospitais, um com foco em doenças cardíacas, outro em com foco em oncologia não são intercambiáveis entre si.
- O aumento da capacidade pode substituir um prestador que será excluído, equalizando com as regras aplicáveis aos prestadores não hospitalares.
- O aumento da capacidade operacional de um determinado prestador de serviço ou mesmo de serviço próprio da operadora deve ser aceito como critério de substituição, como já previsto na RN 365, de 2014.
- Sim. Em casos de necessidade há a negociação para a ampliação de setores ou atividades para que a demanda gerada pela substituição do prestador excluído seja suprida.
- Trazer a regra da RN 365/14, que permite a ampliação na capacidade de atendimento de prestador já pertencente à rede do produto. 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.

Proposta da ANS para critérios de equivalência

Proposta original	Considerações
O prestador a ser incluído deve dispor dos mesmos <u>serviços hospitalares</u> que o prestador a ser excluído, possuir a mesma <u>estrutura</u> , considerando sua <u>localidade</u> . SERVIÇOS HOSPITALARES: Os prestadores devem dispor dos mesmos serviços/especialidades hospitalares contratados ESTRUTURA: Devem estar enquadrados no mesmo porte (ou superior) LOCALIDADE: Localizados no mesmo município (ou nos limítrofes em caso de indisponibilidade/inexistência)	<ul style="list-style-type: none"> - Existe dificuldade de cumprir com a equivalência nos parâmetros de serviços e estrutura, pois os serviços e estruturas disponibilizados não são compatíveis em sua totalidade. - No que diz respeito à localidade, considerar também os municípios limítrofes e, no que diz respeito à região de saúde, rediscutir a IN nº 37, que dispôs sobre regiões de saúde apropriando-se de um modelo do SUS que não condiz com a saúde suplementar.

2º BLOCO

Como avaliar o impacto sobre a massa assistida no redimensionamento?

Proposta original	Considerações
Comparar a informação do número de internações ocorridas nos últimos doze meses junto ao prestador a ser excluído e a informação da capacidade de atendimento dos prestadores indicados para absorção da demanda.	Desconsiderar este item, pois já está contemplado no item: "A análise do impacto sobre a massa assistida deve se dar através da verificação da frequência e da utilização dos serviços por parte dos beneficiários da operadora nos últimos 12 meses."
Estabelecer parâmetro temporal, caso o pedido não seja analisado dentro dos prazos previstos, será sumariamente acolhido.	Desconsiderar este item e considerar "A ANS deverá responder o pedido da operadora em até 15 dias. Ultrapassado tal prazo, sugere-se que a autorização ocorra de forma tácita".
Na hipótese de ausência de prestação de serviços pela entidade hospitalar nos últimos 6 meses, sequer haveria a necessidade de interferência da ANS, nem posteriormente ao protocolo em sede de processo administrativo.	Incluir os casos de encerramento das atividades hospitalares e protocolo de comunicação à ANS, como evidências de exclusão da rede hospitalar, a serem arquivadas pela operadora.
Deve ser fixado um prazo para a ANS apreciar os pedidos. Expirado o prazo, o pedido seria considerado deferido.	Desconsiderar este item e considerar "A ANS deverá responder o pedido da operadora em até 15 dias. Ultrapassado tal prazo, sugere-se que a autorização ocorra de forma tácita".
Alternativamente, a Agência pode fixar um prazo para a análise do processo, automatizado, conforme o CADE - Conselho de Administração e Defesa Econômica o fez. Presumindo-se que, esgotado o prazo, o processo foi aprovado. "(...) Art. 88. Serão submetidos ao CADE pelas partes envolvidas na operação os atos de concentração econômica em que, cumulativamente: (...) § 2o O controle dos atos de concentração de que trata o caput deste artigo será prévio e realizado em, no máximo, 240 (duzentos e quarenta) dias, a contar do protocolo de petição ou de sua emenda. (...)"	Desconsiderar este item e considerar "A ANS deverá responder o pedido da operadora em até 15 dias. Ultrapassado tal prazo, sugere-se que a autorização ocorra de forma tácita".
Interesse da operadora: É obrigatória a apresentação à ANS da documentação comprobatória, por parte da operadora, nos casos de falta de utilização do prestador nos últimos 12 meses.	Consideramos inadequado este item, pois hoje não precisa apresentar documentação comprobatória, bastando informar no Anexo I-B. A operadora é responsável pela veracidade da informação.
Interesse exclusivo do prestador : A operadora deverá encaminhar a documentação comprobatória (rescisão contratual) para a ANS.	Desconsiderar este item, pois já deve ser assim.
A rede de um produto oferecido pela operadora, no momento da venda do plano, deverá estar toda contratualizada.	Desconsiderar este item, pois já deve ser assim.
Necessidade de maior flexibilização nas regras para redimensionamento de rede.	Essa flexibilização está relacionada à ANS analisar a justificativa da operadora nas situações em que não é possível cumprir a regulamentação.
Quando se tratar de suspensão por prazo indeterminado a operadora possa realizar o descredenciamento sem o parecer final da ANS.	Entendemos que deve ser seguido o trâmite do redimensionamento e que "A ANS deverá responder o pedido da operadora em até 15 dias. Ultrapassado tal prazo, sugere-se que a autorização ocorra de forma tácita".
Permitir o descredenciamento a pedido do prestador, sem substituição ou redimensionamento, em localidade que não disponha de outra oferta (situações que os prestadores se aproveitam para impor negociações altíssimas), cabendo à operadora garantir o atendimento.	Entendemos que deve haver solicitação à ANS e que o motivo esteja previsto nos atuais modelos de Anexos da IN/DIPRO 46.

Não houve considerações para os itens abaixo.

- A análise do impacto sobre a massa assistida deve se dar através da verificação da frequência e da utilização dos serviços por parte dos beneficiários da operadora nos últimos 12 meses.
- A ANS deverá responder o pedido da operadora em até 15 dias. Ultrapassado tal prazo, sugere-se que a autorização ocorra de forma tácita.
- Para tornar o processo mais célere, a operadora declara sua responsabilidade sobre a alteração, garantindo a suficiência de rede e o atendimento dos prazos da RN 259.
- 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.
- Rever o critério de não permitir o redimensionamento de prestador quando for por solicitação da operadora e tenha ocorrido internação nos últimos 12 meses, pois esta regra enfraquece as operadoras nas negociações com os prestadores.
- Nos casos em que o prestador "da causa", restando comprovada a sua "culpa", o pedido de alteração seja enquadrado como interesse exclusivo do prestador ou criada a hipótese de redimensionamento por rescisão motivada por descumprimento contratual do prestador.
- O fato de a regulamentação da ANS já estabelecer a obrigatoriedade da garantia de atendimento, independente da existência ou não de prestadores no município integrante da área de atuação, já mitiga o impacto para a massa assistida.
- A RN 259 já tem regras que garantem a oferta e a qualidade dos serviços prestados.
- O impacto sobre a massa assistida para o redimensionamento já é mensurado por meio do Monitoramento da Garantia de Atendimento.
- Nas hipóteses de encerramento da atividade de prestador hospitalar, que a ANS proceda com a exclusão nos cadastros de todas as operadoras.
- Verificar se há necessidade de "fechar" o conceito de encerramento das atividades, observando-se que existem casos de pessoas jurídicas não encerradas.
- 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.

A rede hospitalar é uma característica relevante sob o ponto de vista comercial, no momento da venda do plano?

Não houve considerações para os itens abaixo.

- A rede hospitalar é frequentemente o principal fator de diferenciação dos planos e o item em destaque no momento da venda ao consumidor.
- A fixação da rede hospitalar no momento da comercialização tem se observado mais relevante apenas para as classes financeiramente mais elevadas. O que se tem observado no mercado é a preocupação apenas com os preços dos planos.
- Os pontos de maior relevância na contratação de plano se fundam nos preços e na segurança de atendimento que a Operadora proporciona. Nos casos em que a rede é tomada como relevante para a contratação, em regra, é valorada a dispersão ou localização da rede como um todo e não a presença de um prestador específico.
- A rede Hospitalar é importante na venda do plano, mas isso não significa que é possível sustentar a mesma rede durante toda a vigência do contrato.
- Existem situações em que a operadora não possui controle como, por exemplo, os casos de municipalização, intervenções públicas, encerramento das atividades, solicitações de descredenciamento das atividades, entre outras, não sendo possível a manutenção desses prestadores na rede credenciada.
- Um plano superior é ambicionado não pela rede hospitalar (que é única, escassa e restrita) e sim por uma acomodação melhor e individual, por exemplo.
- O órgão regulador não deveria balizar-se apenas com os grandes centros, onde existem hospitais "de grife". No interior do país, a rede hospitalar não é característica relevante na hora da compra. E nos grandes centros, cada vez mais o empresário se preocupa com planos que cabem em seu bolso e que garantam atendimento.

Existem tipos de prestadores que não podem ser excluídos sem a respectiva substituição?

Proposta original	Considerações
No caso de prontos-socorros e serviços de urgência e emergência, a exclusão simples não é desejável. Para esses serviços, a proximidade do beneficiário é uma das características fundamentais.	Consideramos inadequado este item, pois o que está em análise não é a localização do prestador e sim a disponibilidade de prestador.
Não pode haver exclusão sem substituição. A exclusão de prestador sem substituição só se dará por ausência comprovada de falta de utilização ou por interesse do prestador (rescisão de contrato).	Desconsiderar este item, pois a proposta está no item abaixo.
Exclusão de prestador de serviço hospitalar sem substituição nas seguintes hipóteses: a) rescisão de contrato coletivo que ocasione a redução de 50% ou mais do total de beneficiários no município onde o prestador a ser excluído está localizado; b) ausência de prestação de serviço para o plano por no mínimo 12 (doze) meses consecutivos; c) quando a operadora comprovar que houve qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador ao beneficiário.	Sugerimos alterar, no item b, de 12 meses consecutivos para 6 meses consecutivos, e acrescentar d) por interesse no prestador (rescisão do contrato). Essa rescisão do contrato abrangeria também a situação de baixa do CNPJ do prestador, sem a nova contratação com a operadora.
Nos casos de solicitação de descredenciamento pelo prestador, municipalização ou encerramento das atividades e não existam outros prestadores no município ou em regiões limítrofes, fica a operadora impossibilitada do credenciamento de novos serviços.	Entendemos que o termo "impossibilitada" é no sentido de que a operadora não teria como fazer o credenciamento, por motivos alheios à sua vontade.

Não houve considerações para os itens abaixo.

- A diminuição no número desses prestadores implica uma redução na qualidade do serviço prestado e pode afetar a saúde do beneficiário.
- Todos os prestadores devem igualmente estar sujeitos à possibilidade de substituição ou redimensionamento.
- Apoio à sugestão apresentada pela Unidas, no sentido de se estabelecer uma espécie de percentual para que a Operadora possa remanejar sua rede hospitalar sem a necessidade de aguardar autorização prévia da ANS. Ainda que se fixe de um percentual pequeno (por exemplo, de um hospital por mês para cada 100 hospitais credenciados pela Operadora), se reduziria o número de pedidos, pois, a Operadora teria maior facilidade para lidar com a pressão exercida "indevidamente" por alguns prestadores.

Existem casos de operadoras que não podem redimensionar sua rede assistencial (apenas substituir prestadores)?

Proposta original	Considerações
Quando existe insuficiência de rede ou crescimento vertiginoso de carteira, por algum tempo, a operadora pode ficar impossibilitada de redimensionar a rede por redução.	Sugerimos acrescentar "... impossibilitada de redimensionar a rede por redução, salvo nos casos de encerramento das atividades hospitalares".

Não houve considerações para os itens abaixo.

- Todas as Operadoras devem estar sujeitas à possibilidade de substituição ou redimensionamento.

Poderá a operadora excluir parcialmente serviços hospitalares do prestador sem autorização da ANS?

Proposta original	Considerações
Com a exclusão parcial, uma operadora poderia deixar de cobrir vários serviços hospitalares para	Consideramos inadequado este item, pois hoje a operadora pode excluir serviços, mas deve

os beneficiários, sem qualquer controle.	comunicar os beneficiários e garantir o atendimento.
As operadoras poderiam trocar os diferentes serviços dos hospitais credenciados, deixando os beneficiários sem saber para onde recorrer em cada caso.	Consideramos inadequado este item, pois a regulamentação da ANS prevê a atualização da rede de prestadores e a comunicação deve ser disponibilizada aos beneficiários.
A exclusão de serviços hospitalares, ainda que parcial, deve ser comunicada e autorizada pela ANS.	Consideramos inadequado este item, pois hoje a operadora pode excluir serviços, mas deve comunicar os beneficiários e garantir o atendimento.
Nenhuma alteração, substituição, redimensionamento ou descredenciamento, de serviços hospitalares ou não hospitalares, de forma parcial ou não, poderá ser feito pela operadora sem a devida comunicação prévia e comprovação documentada, para a ANS.	Consideramos inadequado este item, pois hoje a operadora pode excluir serviços, mas deve comunicar os beneficiários e garantir o atendimento.
Admitimos a exclusão parcial dos serviços hospitalares contratados, mediante substituição de prestador, sem a necessidade de autorização prévia da ANS.	Hoje a operadora pode excluir serviços, mas deve comunicar os beneficiários e garantir o atendimento.

Não houve considerações para os itens abaixo.

- Sim. A Lei 9.656/98 é clara quanto à necessidade de autorização da ANS apenas para o caso de redimensionamento do prestador por redução, não intervindo nos serviços contratados entre as partes.
- Serviços são fluidos. O objeto da prestação de serviço pode ser alterado sazonalmente, como por exemplo nas epidemias, em que podem ser acordadas ampliações de serviços para situações ou épocas bem específicas.
- A regra atual deve ser mantida, ou seja, deve prevalecer a informação sobre contratação parcial e total no aplicativo RPS.

Como comunicar os beneficiários de forma oportuna?

Proposta original	Considerações
A comunicação pode ser realizada através do Portal Corporativo da Operadora (RN 365/2014).	Trata-se da mesma sugestão do item "Sugerimos equalizar com a regulamentação já estabelecida para os prestadores não hospitalares, utilizando-se do portal da operadora".
Enviar e-mail aos beneficiários que possuem a informação cadastrada nos seus sistemas.	Consideramos inadequado este item, pois o endereço de e-mail é um dado frequentemente desatualizado e não surtiria o efeito desejado.
Informação sobre substituição comunicada à ANS por via eletrônica, em endereço eletrônico específico fornecido pelo órgão regulador.	A ANS já informou que está desenvolvendo aplicativo.
A comunicação deve ocorrer pelo portal corporativo da operadora (RN 365/14 e IN/DIDES nº 56/14).	Trata-se da mesma sugestão do item "Sugerimos equalizar com a regulamentação já estabelecida para os prestadores não hospitalares, utilizando-se do portal da operadora".

Não houve considerações para os itens abaixo.

- De acordo com a Lei 9.656/98, a substituição dos prestadores de serviços deve ser comunicada aos consumidores com trinta dias de antecedência.
- Sugerimos equalizar com a regulamentação já estabelecida para os prestadores não hospitalares, utilizando-se do portal da operadora.
- A comunicação prévia deve constar na contratualização formalizada entre o PHs e PNHs.

Proposta da ANS para o redimensionamento hospitalar

Proposta original	Considerações
<p>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 <u>acesso</u> e à <u>estrutura</u> da sua rede assistencial.</p> <p>Pedido negado:</p> <p>Acesso: operadora na faixa 3 do monitoramento da garantia de atendimento</p> <p>Estrutura: principais prestadores na região, mais utilizados, último no município, prestadores vinculados há menos de 12 meses na operadora (incluindo transferência de carteira)</p> <p>Motivações: fim da vigência do contrato, rescisão contratual, rede indireta (verificação se o prestador consta na rede da operadora direta) e encerramento de atividades (declaração da operadora)</p>	<p>Em relação à estrutura, definir os parâmetros para classificar os prestadores como “principais”; quanto ao prestador ser o último no município, entendemos que não deve ser parâmetro, pois ele pode não apresentar condições de atendimento (seja por questões de alvarás ou até de qualidade de atendimento); em relação ao prazo, poderia ser flexibilizado para menos de 12 meses, mediante justificativa plausível da operadora.</p>

3º BLOCO

Como evitar que o beneficiário seja surpreendido ao saber da exclusão de um prestador no momento que necessita de atendimento?

Proposta original	Considerações
<p>A página da operadora, e-mails, SMS, comunicação via mobile, boletos podem servir de instrumentos para a comunicação da alteração, permanecendo em destaque desde o aviso prévio no site da operadora, até certa data após a extinção do vínculo.</p>	<p>Entendemos que pode ser aplicada a mesma regra dos prestadores não hospitalares, com a comunicação no Portal corporativo da operadora e na Central de Relacionamento.</p>

Não houve considerações para os itens abaixo.

- Os beneficiários verificarão as atualizações nos portais das operadoras ou nos aplicativos.
- Se houver pedido de redução de rede ou substituição, existe o período de aviso prévio contratual, para que as partes se preparem para a extinção do vínculo.
- As operadoras podem criar campanhas de conscientização dos beneficiários quanto ao acesso permanente para conferência de rede ou ainda, de contato com o call center antes de urgências e emergências, para direcionamento para o prestador mais adequado ou geograficamente mais próximo.

Deve haver diferenciação na regra para prestadores de urgência/emergência?

Proposta original	Considerações
<p>No Portal Corporativo deve ser dado destaque aos prestadores de serviços de urgência e emergência.</p>	<p>Entendemos que a operadora “pode” dar esse destaque, não devendo ser obrigatório, adotando-se a mesma conduta que os demais prestadores.</p>
<p>Não, a forma de comunicação deve ser a mesma. Quando se tratar de serviço de urgência e emergência a informação no portal poderá</p>	<p>Entendemos que a operadora “pode” dar esse destaque, não devendo ser obrigatório, adotando-se a mesma conduta que os demais prestadores.</p>

aparecer destacada dos demais prestadores.

Não houve considerações para os itens abaixo.

- Adotar a mesma conduta para a alteração de qualquer tipo de prestador hospitalar.
- A alteração na rede que envolva prestadores de urgência/emergência deverá seguir as propostas contidas na regulamentação da ANS.

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

Proposta original	Considerações
Levar em consideração critérios reais de qualidade e de segurança assistencial na substituição de prestadores. O critério da acreditação para avaliação da qualidade hospitalar, utilizado pelo PM-QUALISS, poderia ser utilizado.	Entendemos que os critérios de qualidade e segurança assistencial devem ser observados tanto na substituição quanto no redimensionamento.
Hospitais com mesma capacidade em termos de volume de atendimentos e que ofereçam as mesmas especialidades podem ter padrões de qualidade e de segurança diferentes.	Entendemos que, mesmo tendo padrões diferentes, a satisfação depende da percepção de cada beneficiário.
A estabilidade da rede hospitalar é importante para que o beneficiário saiba a quem recorrer em caso de urgência.	Consideramos inadequado este item, pois hoje a operadora pode alterar a rede hospitalar, mas deve comunicar os beneficiários e garantir o atendimento.
Prestando as informações de forma clara e precisa, assegurando a garantia de atendimento com qualidade.	
Qualquer alteração na rede assistencial deverá gerar uma consulta aos usuários dos produtos afetados, permitindo que ao opinar, possa garantir seus direitos adquiridos no momento da aquisição do produto.	Consideramos inadequado este item, pois é impraticável.

Não houve considerações para os itens abaixo.

- A rede hospitalar é, provavelmente, o principal critério decisório para que um beneficiário escolha um determinado plano e as alterações têm forte potencial de deixá-lo insatisfeito.
- Transparência das informações por parte da operadora, que deverá manter seus portais e aplicativos atualizados.
- A 'satisfação do beneficiário' é critério subjetivo, fazendo-se necessário reduzi-lo a um padrão quantitativo ou qualitativo que possa ser exigido e mensurado.
- Clareza e transparência das informações prestadas no ato da contratação e quando das modificações relacionadas ao conteúdo contratado.
- Casos de insatisfação serão objeto de reclamação via NIPs, monitoradas pelo órgão regulador e passíveis de adoção das medidas cabíveis.

Proposta da ANS para comunicação aos beneficiários de alteração da rede hospitalar

Proposta original	Considerações
Os beneficiários devem ser comunicados <u>oportunamente</u> para que saibam as alterações ocorridas na sua rede assistencial no momento em que necessitam do atendimento. 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	Em relação ao item 3, não concordamos com o SMS, pois acarretariam em novos custos para a operadora. Sugerimos manter apenas o e-mail, ficando a responsabilidade pela comunicação da atualização do endereço à operadora sob a exclusiva responsabilidade do beneficiário. Ainda em relação ao e-mail, existe a dificuldade do servidor tratar como SPAM.

<p>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.”</p> <p>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).</p> <p>3. Obrigatoriedade de notificação individualizada do beneficiário por meio eletrônico (e-mail / SMS) se assim ele optar.</p>	
---	--

4º BLOCO

Como acompanhar essas alterações?

Proposta original	Considerações
Ao utilizar a contratualização como referência para mapear os serviços prestados pela rede assistencial das operadoras, a ANS poderá cruzar informações contidas nos contratos e em seus bancos de dados.	Consideramos inadequado este item, no que diz respeito ao cruzamento das informações dos contratos, caso as operadoras tenham que enviar cópia à ANS.
A contratualização é a garantia legal dos serviços que a rede assistencial oferecerá ao usuário, consolidando seus direitos durante toda a vigência do produto adquirido.	Sugerimos acrescentar o termos “deveres” em “... consolidando seus direitos e deveres durante...”
Caberá à ANS disponibilizar canais que permitam às empresas acompanharem o processo de redimensionamento solicitado.	A ANS já informou que disponibilizará aplicativo. Esperamos que contemple essa possibilidade de acompanhamento.

Como garantir que as alterações na rede não irão afetar a estrutura de acesso aos serviços?

Proposta original	Considerações
Mantendo a equivalência de disponibilização de especialidades demandadas nos prestadores, observados os critérios de garantia de atendimento da RN 259.	Entendemos que está contemplado no item abaixo, que também trata da RN 259.

Não houve considerações para os itens abaixo.

- A garantia de atendimento é devidamente acompanhada e monitorada pela ANS, que possui ferramentas para combater eventuais irregularidades no acesso aos serviços.
- Caso a RN 259/11 não assegure o acesso aos serviços, poderá ser realizado um estudo técnico de suficiência de rede hospitalar. Existem, inclusive, experiências dentro do sistema Unimed que poderão ser compartilhadas.

Como criar indicadores simples alinhados aos normativos vigentes (RN 259/2011)?

Proposta original	Considerações
Já existem indicadores, como por exemplo os utilizados no monitoramento garantia de	A sugestão é de utilizar indicadores já existentes, embora as operadoras tenham dificuldades de

atendimento (NIPs), índice geral de reclamações, indicadores de dispersão do IDSS, monitoramento assistencial, intervenção fiscalizatória, entre vários outros.

calcular antecipadamente e chegar ao mesmo resultado que o divulgado pela ANS, mesmo com a disponibilização das formas de cálculo pela ANS.

Não houve considerações para os itens abaixo.

- Não imputar às operadoras a responsabilidade pelas particularidades da distribuição dos serviços de saúde em cada município, especialmente dos hospitalares. Muitos municípios dispõem de um único hospital vinculado ao SUS com exclusividade.

Como trazer transparência para o consumidor na compra do plano e no acompanhamento da estrutura da rede assistencial durante a manutenção do plano?

Proposta original	Considerações
Sugere-se que seja criada uma declaração, a ser assinada no ato da contratação do plano de saúde, onde o beneficiário toma conhecimento de que está comprando determinada rede de prestadores e não hospitais em específico.	Entendemos que a declaração pode ser substituída por cláusula específica no contrato e, no caso de contratante pessoa jurídica, cabe a ela repassar a informação aos beneficiários do plano contratado.

Não houve considerações para os itens abaixo.

- Sempre por meio da disponibilização de informações claras e precisas.
- As operadoras devem informar em seus portais que a rede inicialmente contratada poderá sofrer alterações por determinados motivos, orientando o beneficiário a consultar, com regularidade, o sítio eletrônico da operadora ou aplicativo.
- As operadoras devem reforçar junto ao beneficiário que os recursos tecnológicos à sua disposição possibilitam a conferência da rede em tempo real.

De que forma identificar quais são os principais prestadores da rede assistencial das operadoras?

Proposta original	Considerações
Todos os prestadores devem ser considerados de forma igualitária.	Consideramos inadequado este item, pois entendemos que não é possível tratar de forma igualitária.
Esse critério de "principais prestadores" é subjetivo, variando de beneficiário a beneficiário.	Consideramos inadequado este item, pois a definição dos principais prestadores deve ser feita pela operadora e não pelo beneficiário.
	Estabelecer critérios de qualidade, risco e segurança do paciente.

Não houve considerações para os itens abaixo.

- Considerar como "principal" um conjunto de valores atribuídos a uma prestação de serviços ou a um prestador, que seriam positivos a ponto de torná-lo uma "vitrine" da operadora.
- Sugere-se que seja medida a quantidade de atendimentos por meio da curva ABC.

Proposta da ANS para acompanhamento da estrutura da rede hospitalar

Não houve considerações para os itens abaixo.

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

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

PROPOSTAS DE REVISÃO DOS CRITÉRIOS DE ANÁLISE

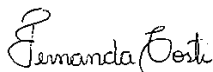
Proposta original	Considerações
A TAP devida em razão da alteração, por conta da demora na análise do pedido, fica em aberto, gerando significativos débitos tributários para a operadora	Desconsiderar este item, pois a TAP é paga no momento da solicitação. Não fica em aberto.
Sem a contratualização adequada à regulamentação da ANS, entre PHs, PNHs e operadoras, fica vedada a criação de nova rede credenciada para novos produtos, o redimensionamento, substituição, descredenciamento, suspensão parcial de serviços ou qualquer outra alteração na rede de prestadores existentes. A comprovação da contratualização deverá ser feita diretamente para a ANS, ficando o contrato registrado no produto ao qual a criação ou alteração foi solicitada.	Entendemos que é inviável anexar a comprovação da contratualização de cada prestador a cada produto e controlar todas as alterações em cada produto.
	Sugerimos acrescentar a possibilidade de suspensão temporária nos casos de ausência de documentação, interferência de órgão público, etc.
	Sugerimos reduzir o prazo de exclusão dos prestadores sem produção para 6 meses.

Não houve considerações para os itens abaixo.

- Para resolver a morosidade na análise poderia ser criado um sistema eletrônico.
- Operadora ingressa com o pedido de substituição ou redimensionamento da rede junto à ANS, e por um longo tempo não obtém qualquer resposta. E quando obtém, o processo é devolvido para a complementação, porém, o protocolo inicial não é considerado pela fiscalização para fins de comprovação de que houve a solicitação, podendo gerar multas elevada monta, inclusive com aplicação de efeito coletivo.
- Maior razoabilidade na fixação de multas para as hipóteses de alteração de rede hospitalar. A aplicação de uma pena deve se pautar tanto nas circunstâncias da infração quanta na proporção do dano causado. Por exemplo, não é razoável que um equívoco no motivo indicado no pedido de alteração da rede hospitalar receba a mesma penalidade que a dolosa falta de envio de um pedido devido.
- No caso de prestador hospitalar, propõe-se que a multa seja cabível pelo não redimensionamento deste prestador, independente de quantos produtos estão vinculados.
- Envolvimento da DIPRO no GT - Debates Fiscalizatórios.
- Seria possível a ANS isentar a TAP nos casos de substituição de prestador, uma vez que nesse rito é obrigatório observar a equivalência do prestador e, portanto, não produz consequência para o consumidor.
- Nos casos que a Operadora adotar um mesmo tipo de rede em vários produtos, incidiria apenas uma TAP para a alteração da rede (TAP por tipo de rede), ainda que envolva vários produtos. A necessidade de diferentes registros de produtos com a mesma rede hospitalar se deve à exigência da regulamentação.
- A taxa é devida por alteração de dados referente ao produto, tendo como fato gerador a "protocolização do requerimento", sendo passível ser a TAP devida por pedido, independente do quantitativo de produtos envolvidos no requerimento, razão pela qual propomos mudança na regulamentação da TAP para que incida em cada protocolo de pedido de alteração de dados do produto, independente do quantitativo de produtos envolvidos no mesmo protocolo.
- Redimensionamento de rede hospitalar, onde a Operadora intermediária teve seu registro cancelado junto à ANS. Atualização da instrução normativa vigente (IN/DIPRO nº 46):
 - o Art. 5º A alteração de rede hospitalar por substituição de entidade hospitalar ou redimensionamento de rede hospitalar por redução poderá ser motivada por:
 - V - nos casos de contratação indireta, 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.
- Atualização da RN nº 89:
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:
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.
 - Voltar a vigência da redação dada pela RN nº 101/05 ao §2º do artigo 18 da RN nº 89/05, 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)
 - Os erros materiais na rede vinculada aos produtos das operadoras poderiam ser corrigidos de forma simples, para benefício dos próprios consumidores, das operadoras e desta agência reguladora, sem exigência do processo de redimensionamento por redução.

Atenciosamente



Fernanda Costi
Coordenadora do Comitê Estadual de
Gestão da Rede de Prestadores