

Minuta RN

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N.º XXX, DE XX de XXXXX DE 2007

Dispõe sobre critérios e metodologia para avaliação da qualidade da atenção à saúde e suficiência da rede assistencial, para fins de registro de produtos, monitoramento e análise de alterações na rede assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com base no art. 4º, em especial, os seus incisos V, XV, XXIV, XXV, XXVI, XXXVIII, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e no art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, bem como no uso da competência conferida pelo inciso II, do artigo 10, da Lei n.º 9.961, de 2000, resolveu, em reunião realizada em XX de XXXXXXXX de 2007, adotar a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Resolução estabelece os critérios e a metodologia para a avaliação da qualidade da atenção à saúde e da suficiência da rede assistencial, para fins de registro de produtos, monitoramento e análise de alterações na rede assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Parágrafo único. Os produtos operados exclusivamente pelo sistema de reembolso não estão abrangidos por esta Resolução.

Art. 2º. Para fins desta resolução, adotam-se os seguintes conceitos:

- I. Redes de atenção à saúde: arranjos organizativos de unidades e ações de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por sistemas logísticos, de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.
- II. Linha de Cuidado: conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de condições específicas do ciclo de vida e de determinados riscos ou agravos, a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde, sendo sua implementação estratégia determinante para a organização e qualificação das redes de atenção à saúde, com vistas à integralidade da atenção.
- III. Área geográfica de abrangência: área em que a operadora fica obrigada a garantir as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, para um determinado produto, podendo ser classificada como municipal, grupo de municípios, estadual, grupo de estados ou nacional.
- IV. Área de atuação: área de cobertura e operação do plano, expressa pela relação nominal dos municípios ou estados indicados pela operadora, de acordo com a abrangência geográfica adotada para um produto.
- V. Rede assistencial da operadora: conjunto de estabelecimentos de saúde - incluindo equipamentos e recursos humanos - próprios ou contratualizados, indicados pela operadora para oferecer o cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
- VI. Acesso: distância entre os estabelecimentos de saúde e o local de moradia do beneficiário, respeitando a área de atuação do plano contratado, o tempo e meios utilizados para o seu deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências e respostas obtidas para demandas individuais e

coletivas; compreende, ainda, a coerência do padrão tecnológico ofertado com o perfil de demanda dos beneficiários.

- VII. Acessibilidade aos serviços: capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente, que extrapola a dimensão geográfica e envolve normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional da oferta de serviços adequados às necessidades da população.
- VIII. Evento-sentinela: é um fato não desejado e potencialmente evitável ou variação do processo envolvendo agravo, morte ou o risco dos mesmos que justifique uma investigação acerca de suas causas subjacentes. O conceito de evento-sentinela diz respeito a um indicador que relaciona um único evento indesejável, não importando a base populacional de referência.

Parágrafo único. O conjunto de serviços de saúde que compõem as redes de atenção à saúde, descritas no inciso I deste artigo, deve estar distribuído espacialmente, em territórios definidos, buscando efetividade e qualidade das ações.

Art. 3º. A análise da rede assistencial apresentada pela operadora no momento do registro de um produto, bem como o monitoramento do seu funcionamento, tem por finalidade garantir a qualidade da atenção e a suficiência da rede ofertada aos beneficiários.

Art. 4º. Os critérios e a metodologia para análise da rede assistencial das operadoras e dos produtos descritos nesta resolução se aplicam ao registro de produtos, às solicitações de alteração da rede dos produtos por parte das operadoras, quer se trate de substituição ou redimensionamento por redução da rede hospitalar, e ao monitoramento dessas redes assistenciais pela ANS.

Art. 5º. A análise da rede assistencial da operadora realizada pela ANS considera as seguintes diretrizes:

- I. a integralidade da atenção à saúde e a organização da rede assistencial por linhas de cuidado;
- II. a garantia de oferta de serviços básicos de atendimento e de urgência e emergência na área de atuação do produto;
- III. a garantia de acesso a serviços especializados de maior complexidade e adensamento tecnológico, a partir da hierarquização e regionalização de serviços;
- IV. a adequação permanente da rede assistencial ao perfil demográfico e epidemiológico dos beneficiários das operadoras.

Art. 6º. A análise da rede assistencial considera os componentes ambulatorial e hospitalar dos serviços e ações de saúde, respeitando a segmentação prevista para o produto.

Art. 7º. Nos critérios de análise de rede é observado o direito dos beneficiários de escolha entre mais de um prestador.

Art. 8º. Na análise da rede assistencial, consonante com a Política de Qualificação da Saúde Suplementar desenvolvida pela ANS, são priorizadas as seguintes linhas de cuidado:

- I. Saúde da Mulher, com ênfase nos cuidados destinados às mulheres no pré-natal e na atenção ao parto e ao puerpério, bem como na prevenção, controle e tratamento das neoplasias de mama e colo uterino;
- II. Saúde do Adulto e do Idoso, com ênfase na prevenção, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e neoplasias colo-retal e de próstata;

- III. Saúde Bucal, com ênfase na prevenção, controle e tratamento da cárie dental e doença periodontal.

Art. 9º. Na análise de rede assistencial são utilizadas as bases de dados dos sistemas oficiais de informação, a saber:

- I. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- II. Sistema de Informação de Produtos – SIP;
- III. Comunicação de Internação Hospitalar – CIH;
- IV. Sistema de Informação de Beneficiários – SIB;
- V. Registro e Adequação de Planos de Saúde – RPS/ARPS;
- VI. Sistema de Cadastro dos Planos Antigos – SCPA.

Parágrafo único - A ANS poderá utilizar, a qualquer tempo, outros sistemas, bem como proceder às adaptações necessárias para aperfeiçoamento do processo de análise.

CAPÍTULO II

DA ANÁLISE DA REDE ASSISTENCIAL PARA O REGISTRO DE PRODUTOS

Art. 10. A análise de rede assistencial, para efeito de registro de plano privado de assistência à saúde, se dá a partir da avaliação quantitativa e qualitativa inicial da estrutura da rede proposta pela operadora.

Parágrafo único - A operadora deve apresentar rede assistencial com capacidade de assistir os beneficiários, na área de atuação do plano a ser registrado, considerando a obrigatoriedade de cobertura de todas as doenças constantes do CID 10 e suas atualizações e dos procedimentos listados no rol de procedimentos da ANS, observada a segmentação assistencial e área geográfica de abrangência do mesmo.

Art. 11. Os critérios para análise da rede assistencial, para efeito de registro de plano privado de assistência à saúde, discriminados no Anexo I-A e I-B, consideram quatro variáveis, combinadas entre si:

I. Situação da operadora:

a) Operadora nova na localidade: quando não existem beneficiários vinculados a algum produto dessa operadora de mesma abrangência e segmentação na área de atuação do produto que se pretende registrar.

b) Operadora atuante na localidade: quando existem beneficiários vinculados a outro produto dessa operadora de mesma abrangência e segmentação na área de atuação do produto que se pretende registrar.

II. Área geográfica de abrangência do produto.

III. Segmentação assistencial do produto, considerando o atendimento hospitalar, ambulatorial e odontológico.

IV. Tipificação dos procedimentos ou serviços de saúde:

a) Procedimentos ou serviços tipo 1;

b) Procedimentos ou serviços tipo 2;

c) Procedimentos ou serviços tipo 3.

§ 1º. A análise inicial da oferta de serviços expressa na tipificação definida será executada segundo as microrregiões do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

§ 2º. Os procedimentos ou serviços de saúde tipo 1 devem ser ofertados pela operadora no município de residência do beneficiário, respeitando a área de atuação do plano contratado.

§ 3º. A oferta dos procedimentos ou serviços de saúde tipo 2, quando não disponíveis no município de residência do beneficiário, deverá obedecer à seguinte ordem de prioridade para sua disponibilização, considerada a melhor condição de acessibilidade: municípios limítrofes, municípios que apresentam proximidade geográfica, municípios que se constituem em referência regional ou município-pólo de região.

§ 4º. Os procedimentos ou serviços de saúde tipo 3 devem ser ofertados na UF em que reside o beneficiário; quando não estiverem disponíveis para o setor suplementar na própria UF, podem ser indicados em outra UF na mesma região ou na de referência, considerando a melhor condição de acessibilidade.

§ 5º. Os procedimentos ou serviços de saúde exigidos para o registro dos produtos podem ser caracterizados pela ANS, de forma complementar, como desejáveis ou imprescindíveis.

Art. 12. Para concessão de registro de produtos, deve-se considerar que:

I. A referência para análise da rede assistencial são apenas os municípios que disponham de estabelecimentos de saúde com registro no CNES, excluídos os serviços exclusivamente cadastrados como prestadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

II. A estrutura física necessária para atenção ao parto e puerpério é uma exigência exclusiva da segmentação hospitalar com obstetrícia e referência.

III. Os serviços de urgência e emergência devem estar em conformidade com o Regulamento Estadual dos Serviços de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de dezembro de 2002).

Art. 13. A estrutura da rede indicada pela operadora deve apresentar, além dos serviços previstos no Anexo III-A da IN/DIPRO n.º 11, de 7 de junho de 2005, capacidade para realização dos procedimentos listados no Anexo I-B desta resolução.

Art. 14. Para a concessão do registro de produtos, estão mantidos os demais requisitos constantes do art. 13 da RN n.º 100, de 2 de junho de 2005.

CAPÍTULO III

DO MONITORAMENTO DA QUALIDADE E SUFICIÊNCIA DA REDE ASSISTENCIAL

Art. 15. O monitoramento da rede assistencial da operadora se propõe a conhecer a capacidade real de oferta e a qualidade da prestação de serviços, incluindo o

compartilhamento dos estabelecimentos de saúde entre as operadoras e com o SUS.

§ 1º. O resultado do monitoramento identifica a necessidade de empreender análise detalhada da rede assistencial e orienta as adequações necessárias.

§ 2º. O monitoramento da rede assistencial, a partir de referenciais populacionais e epidemiológicos, relaciona parâmetros de necessidade de serviços e procedimentos assistenciais com a estrutura e capacidade de produção da rede assistencial da operadora, com o objetivo de atestar a suficiência da mesma.

§ 3º. O processo de monitoramento será realizado periodicamente ou a qualquer momento por iniciativa da ANS.

§ 4º. As referências populacionais e epidemiológicas e os parâmetros de necessidade de serviços e procedimentos assistenciais e de produção potencial de serviços estão descritas no Anexo II.

Art. 16. Além do monitoramento de que trata o artigo anterior, são selecionados indicadores utilizados no Programa de Qualificação da ANS, descritos no Anexo III, que se constituem em eventos-sentinelas para fins de complementar a análise da qualidade e suficiência de rede das operadoras.

Parágrafo único - O processo de monitoramento de eventos-sentinelas será realizado anualmente, levando em consideração a versão vigente dos indicadores do Programa de Qualificação da ANS.

CAPÍTULO IV

DA AVALIAÇÃO DE SUFICIÊNCIA DA REDE ASSISTENCIAL

Art. 17. A avaliação de suficiência de rede assistencial considera aspectos quantitativos e qualitativos, a partir da combinação dos parâmetros assistenciais e de oferta, do monitoramento de eventos-sentinelas e do índice de suficiência.

Art. 18. Fica estabelecido o índice de suficiência de rede assistencial, que demonstra a relação entre as necessidades de saúde dos beneficiários, definidas a partir de parâmetros assistenciais, e a capacidade de produção potencial, tomando como referência parâmetros de produção e oferta da rede registrada pela operadora.

Art. 19. A rede assistencial apresentada será considerada suficiente quando a relação entre a oferta dos serviços for igual ou maior do que a necessidade estimada a partir dos parâmetros descritos para cada um dos serviços e procedimentos arrolados como prioritários para análise de suficiência constantes do Anexo II.

§ 1º. A avaliação de suficiência considera o direito de escolha do beneficiário; portanto, a oferta de qualquer serviço ou procedimento não poderá ser inferior a dois, desde que comprovada esta disponibilidade.

§ 2º. A análise da produção potencial da rede assistencial disponível para os beneficiários da operadora considera a combinação das características específicas de produção da rede própria e da credenciada.

Art. 20. A ANS solicitará à operadora as adequações necessárias na rede assistencial, considerando os resultados da avaliação periódica e do índice de suficiência.

Art. 21. Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Fausto Pereira dos Santos

Diretor-Presidente