

PROCESSO Nº: 33910.005859/2017-58

NOTA TÉCNICA Nº 47/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO

IMPACTO REGULATÓRIO DA NORMATIZAÇÃO DO APERFEIÇOAMENTO DOS CRITÉRIOS PARA ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR, EM ATENDIMENTO AO ART. 17 DA LEI 9.656/98

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
 - 1.1. O Contexto
 - 1.2. O Problema
 - 1.3. Árvore de Problemas
 - 1.4. Públicos Afetados e Identificação Preliminar de Custos
 - 1.5. Lista de Impactos Operacionais
 - 1.6. Descrição dos Objetivos
 - 1.6.1. Objetivo Geral
 - 1.6.2. Objetivos Específicos
2. ANÁLISE
 - 2.1. Histórico
 - 2.2. Fundamentação legal
 - 2.3. Critérios atuais para análise das Solicitações de Alteração de Rede Hospitalar
 - 2.3.1. Sistema de Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar
 - 2.3.2. Substituição de Entidade Hospitalar – Regras Atuais
 - 2.3.3. Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução – Regras Atuais
 - 2.3.4. Monitoramento das Solicitações de Alteração de Rede Hospitalar
3. CENÁRIOS – ESBOÇO INICIAL DE ALTERNATIVAS
 - 3.1. Substituição de Entidade Hospitalar - Proposta 1 (cenário atual) x Proposta 2020 - Matriz de Factibilidade
 - 3.1.1. Comparação qualitativa entre as alternativas para Substituição de Rede hospitalar
 - 3.1.2. Comparação entre as propostas – resumo da ANÁLISE INTERMEDIÁRIA - Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução
 - 3.2. Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução - Proposta 1 (cenário atual) x Proposta 2020 - Matriz de Factibilidade
 - 3.2.1. Comparação qualitativa entre as alternativas para Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução
 - 3.2.2. Comparação entre as propostas – resumo da ANÁLISE INTERMEDIÁRIA -

Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução

- 3.3. Regras adicionais a proposta 2020
 - a) Exclusão parcial de serviços hospitalares e de urgência e emergência
 - b) Portabilidade dos beneficiários em função da alteração da rede hospitalar
 - c) Comunicação ao beneficiário
 - d) Manutenção do atendimento no caso de descredenciamento do prestador hospitalar
4. CONSULTAS PRÉVIAS E OUTRAS FORMAS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL
5. FORMAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA INICIATIVA
6. FORMAS DE MONITORAMENTO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO
7. CONFORMIDADE COM PADRÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS
8. PERGUNTAS ADICIONAIS QUE ACOMPANHAM O PROJETO NORMATIVO
9. CONCLUSÃO

1. INTRODUÇÃO

Tema 12 da Agenda Regulatória 2019/2021 – Sub tema: Aperfeiçoamento dos critérios para alteração de rede hospitalar.

Coordenadoria Regulatória da Estrutura das Redes Assistenciais
Gerência de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais
Gerência Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
COERA/GEARA/GGREP/DIPRO

Equipe técnica responsável:

- Carla de Figueiredo Soares (gerente-geral);
- Andreia Ribeiro Abib (gerente);
- Lídia do Carmo Sequeira da Mota (coordenadora);
- Flavia Roberta Alves Nunes Gomes (especialista em regulação e coordenadora substituta);
- Roberta Soares da Rocha Tenório (especialista em regulação);
- José Douglas Oliveira do Nascimento (especialista em regulação); e
- Michelle da Silveira Barbosa (técnica administrativa).

Interface com outras unidades da ANS: DIDES (substituição de prestadores não hospitalares e TISS) e DIFIS (fiscalização e penalidades).

1.1. O Contexto

1.1.1. Cabe à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país, considerando, também, as questões relativas à sustentabilidade do setor.

1.1.2. Segundo o disposto no art. 4º, inciso IV, da Lei nº 9.961, de 2000, compete à ANS fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras, que constituirão a referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 1998.

1.1.3. Conforme o atual Regimento Interno da ANS - RR 01/17 prevê, no detalhamento das competências e atribuições desta Gerência Geral, no art. 4º, incisos I, V, VI e VII do seu Anexo V, cabe a esta GGREP regular a rede assistencial hospitalar.

1.1.4. Nesse contexto, esta Análise de Impacto Regulatório -- AIR tem por finalidade apresentar uma proposta de Resolução Normativa que disponha sobre os critérios para as alterações na rede assistencial hospitalar no que se refere à substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede por redução, em complementação a AIR apresentada em 2017, SEI 3572099.

1.1.5. Desde 2016 a Gerência de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais - GEARA/GGREP/DIPRO/ANS vem se debruçando na discussão de critérios para alteração na rede hospitalar das operadoras e, como consequência dos estudos e debates promovidos pelo Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, que foi instituído nesse mesmo ano e envolveu integrantes da área técnica da ANS e representantes do setor regulado, foi apresentada, em 2017, uma proposta para as análises de substituição e redimensionamento de rede, cujos elementos e razões encontram-se consignados na EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS nº 1/2017/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, SEI 3572103.

1.1.6. Uma Minuta de Resolução Normativa foi encaminhada à Diretoria Colegiada - DICOL, para apreciação, em 11 de setembro de 2017. Todavia, tendo sido instaurado um conflito positivo de atribuições entre a DIPRO e a DIDES, a proposta de normativo não chegou a ser apreciada pelos diretores.

1.1.7. Tal explanação torna-se importante uma vez que a presente AIR é uma continuidade da AIR apresentada em 2017, SEI 3572099.

1.1.8. As propostas para as alterações de rede hospitalar por redimensionamento e substituição, anteriormente apresentadas, foram discutidas com o setor no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos e buscaram o enfrentamento das questões relevantes à época, sendo a melhor solução frente ao grande passivo de processos de alteração de rede que existia, a falta de sistemas informatizados que mantivessem a rede hospitalar atualizada, já que o Sistema para Alteração de Rede Hospitalar ainda não havia sido implementado, e o padrão TISS - Troca de Informação em Saúde Suplementar se encontrava em processo de desenvolvimento e organização das informações.

1.1.9. Com a inclusão do tema na Agenda Regulatória da ANS - 2019-2021, em 2018, e a retomada do projeto para o aperfeiçoamento dos critérios para alteração de rede hospitalar em 2019, as propostas foram então revistas e a questão voltou a ser discutida com o setor por meio dos Diálogos Regulatórios.

1.1.10. Diante do exposto, esta AIR vem apresentar as propostas sobre os critérios para as análises dos pedidos de alterações na rede hospitalar das operadoras, no que se refere à substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede hospitalar por redução, adequadas ao momento atual da ANS e do setor, trazendo as comparações entre as análises realizadas atualmente, dispostas na Nota 393/2010/GGEOP/DIPRO/ANS, SEI 17401594, e na Nota 315/2015/GGREP/DIPRO/ANS, SEI 17401550, versus a nova proposta de análise, denominada **Proposta 2020**, amplamente debatida com os agentes do mercado (operadoras, prestadores e consumidores) e sociedade civil.

1.1.11. É importante destacar que a proposta aqui apresentada busca garantir uma solução na qual prevaleça a impessoalidade, a economicidade, a sustentabilidade e, principalmente, a razoabilidade que a matéria requer.

1.2. O Problema

1.2.1. A regulamentação do setor, com a publicação da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, trouxe para o órgão regulador, a obrigação de acompanhar e autorizar as alterações de rede hospitalar conforme previsto no seu artigo 17, assim como a Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, estabeleceu a competência para fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços às operadoras.

1.2.2. As análises dos pedidos para alteração de rede hospitalar são realizadas com base nos entendimentos dispostos na Nota 393/2010/GGEOP/DIPRO/ANS, que teve o objetivo de uniformizar os critérios de análise das solicitações de alteração de rede hospitalar por substituição e por redução, e

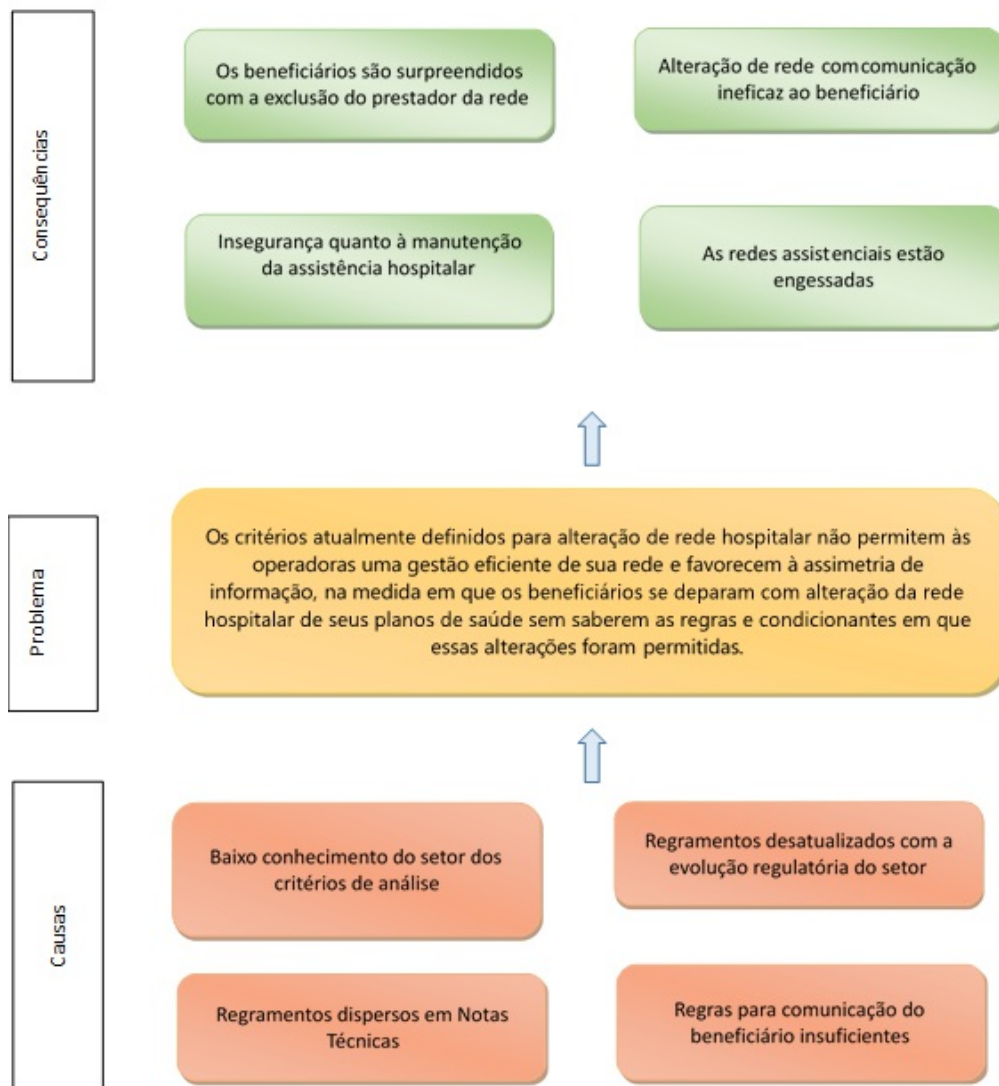
na Nota 315/2015/GGREP/DIPRO/ANS, que complementou a primeira nota citada com relação aos critérios de substituição de prestador hospitalar, sem, contudo, as regras serem positivadas em normativo específico.

1.2.3. As Notas Técnicas atualmente utilizadas permitem dar uniformidade nas análises das solicitações de alteração de rede hospitalar e tornar público os critérios adotados para o deferimento ou não do pleito. Porém, não estão atualizadas e em sintonia com a evolução regulatória do setor, o que pode dificultar a gestão da rede pelas operadoras.

1.2.4. Assim, os beneficiários se deparam com alteração da rede hospitalar de seus planos de saúde sem saberem as regras e condicionantes em que essas alterações seriam permitidas, o que reforça a assimetria de informação e dificulta o acesso à rede para atendimento das coberturas contratadas.

1.2.5. A dinâmica do setor requer, além de critérios definidos para alteração de rede, que tais critérios possibilitem às operadoras organizarem sua rede assistencial de forma eficiente, refletindo o modelo de gestão assistencial adotado por elas e acompanhando a disponibilidade dos serviços de saúde hospitalares.

1.3. Árvore de Problemas



1.4. Públicos Afetados e Identificação Preliminar de Custos

Quais grupos são potencialmente	Principais custos envolvidos na	Principais custos envolvidos no redimensionamento por redução
---------------------------------	---------------------------------	---

afetados pelo problema?	substituição de rede hospitalar	redimensionamento por rede de rede hospitalar
Beneficiários: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Em caso negativo, justifique:	<p>As regras atuais favorecem o redimensionamento em detrimento da substituição.</p> <p>Não há regras claras de comunicação eficiente da substituição hospitalar.</p>	<p>Pode ocorrer exclusão dos principais prestadores na região, sem sua substituição.</p> <p>Os beneficiários são surpreendidos, pois não são comunicados da exclusão dos prestadores.</p>
Prestadores: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Em caso negativo, justifique:	<p>Só pode ser considerado como substituto um prestador que possua todos os serviços do prestador a ser excluído (conforme Anexo IA da IN 46), e que possua quantidade de leitos igual ou superior.</p>	<p>Instabilidade dos principais prestadores na rede assistencial das operadoras.</p>
Operadoras: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Em caso negativo, justifique:	<p>Para ser considerado equivalente, o hospital substituto precisa ter o mesmo número de leitos do hospital a ser excluído.</p> <p>Além disso, a análise considera a comparação de serviços não hospitalares, o que obriga a operadora a disponibilizar esses serviços no hospital substituto. Os critérios atuais não permitem a gestão eficiente das redes assistenciais hospitalares.</p>	<p>Pelos critérios atuais, as operadoras não podem excluir prestadores que tiveram apenas uma internação nos últimos 12 meses.</p> <p>Os critérios atuais não permitem a gestão eficiente das redes assistenciais hospitalares.</p>
Outros: Ministério da Saúde, Poder Judiciário, Ministério Público.	<p>Ausência de conhecimento amplo do procedimento de substituição da rede hospitalar, com critérios bem definidos, causa uma grande demanda perante os órgãos do poder judiciário, bem como ações públicas perante o Ministério Público.</p>	<p>Ausência de conhecimento amplo do procedimento de redimensionamento de rede hospitalar, com critérios bem definidos, e a falta de comunicação ao beneficiário causam uma grande demanda perante os órgãos do poder judiciário, bem como ações públicas perante o Ministério Público.</p>

1.5. Lista de Impactos Operacionais

Assinale os itens que estão relacionados à implementação da proposta e que poderão impactar o órgão regulador.

LISTA DE IMPACTOS OPERACIONAIS	
1. Necessidade de viagens (além da cota prevista):	
Viagens internacionais	
Acréscimo importante nas viagens relativas às visitas técnicas/fiscalização	
2. Necessidades de capacitação (para incluir no PAC)	
Cursos internos	
Cursos externos	
3. Necessidades de eventos (para divulgação do novo projeto/treinamento - Reuniões com representantes do setor de saúde suplementar)	X
4. Necessidade de consultores para estudos	
via OPAS	
via contratos/licitação	
via convênio	
5. Necessidade de alterações contratuais:	
Mudanças na infraestrutura:	
5.1 Locação de imóveis (condomínio/IPTU)	
5.2 Serviços de Energia Elétrica	

5.3 Obras e reformas (mudança de layout e necessidade de infraestrutura para recepção de novos servidores/ colaboradores)	
5.4 Serviços de manutenção	
Relacionamento e telecomunicação/correio:	
5.5 Central de Relacionamento	
5.6 Serviços de telefonia (móvel ou fixa)	
5.7 Serviços postais	
Gestão documental e cópias:	
5.8 Serviços de gerenciamento de impressão	
5.9 Reprografia	
5.10 Gerenciamento e guarda de documentos	
Pessoal:	
5.11 Apoio administrativo - <i>preparação de material para apresentações</i>	X
5.12 Copeiragem	
5.13 Limpeza e Conservação	
5.14 Serviços de Vigilância	
Transporte/logística:	
5.15 Serviços de locação de veículos (maior demanda de deslocamentos para fiscalização)	
5.16 Serviços de transporte de cargas	
Comunicação:	
5.17 Serviços gráficos e editoriais	
5.18 Publicidade Legal - <i>publicidade no sítio da ANS</i>	X
6. Necessidade de maior consumo de materiais de expediente	
7. Necessidade de aquisição de equipamentos de áudio, vídeo e foto	
8. Necessidade de aquisição de mobiliário	
9. Assinatura de periódicos e anuidades	
10. Necessidade de novas coleções e materiais bibliográficos	
11. Tecnologia da Informação	
11.1 Aquisição de novos equipamentos (desktops e notebooks)	
11.2 Desenvolvimento de novo software ou manutenção evolutiva - <i>Alterações pontuais e evolutivas do atual Sistema de Alteração de Rede Hospitalar.</i>	X
11.3 Licenças e compras de software	
11.4 Ampliação da conectividade	

1.6. **Descrição dos Objetivos**

1.6.1. **Objetivo Geral**

Aperfeiçoar os critérios para alteração de rede hospitalar

1.6.2. **Objetivos específicos**

1. Possibilitar a gestão eficiente das redes assistenciais hospitalares pelas operadoras

2. Compatibilizar os critérios utilizados para substituição de prestadores hospitalares com os critérios para prestadores não-hospitalares, no que for cabível

3. Garantir a manutenção da assistência, com maior transparência, no procedimento de alteração de rede hospitalar

4. Melhorar a eficiência da comunicação aos beneficiários sobre as alterações ocorridas na rede credenciada

2. ANÁLISE

2.1. Histórico

2.1.1. Desde a regulamentação do setor, não foi publicada uma normatização específica para o artigo 17, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

2.1.2. As análises dos pedidos para alteração de rede hospitalar são realizadas com base nos entendimentos dispostos na Nota 393/2010/GGEOP/DIPRO/ANS, que tem o objetivo de uniformizar os critérios de análise das solicitações de alteração de rede hospitalar por substituição e por redução, e na Nota 315/2015/GGREP/DIPRO/ANS, que complementa a primeira nota citada com relação aos critérios de substituição de prestador hospitalar.

2.1.3. É importante resgatar nesse histórico o estudo realizado no âmbito da Agenda Regulatório 2011/2012 da ANS, uma vez que a proposta deverá estar alinhada com os conceitos trazidos nessa oportunidade, que norteiam a atual regulamentação das redes assistenciais na saúde suplementar.

2.1.4. Tal estudo concluiu que as medidas de acesso são a forma mais adequada de se definir se uma rede é suficiente para o atendimento de seus beneficiários, a fim de avaliar se o serviço está sendo efetivamente prestado e de forma oportuna. Nesse sentido, entendeu-se que a rede assistencial deve ser avaliada a partir de uma associação de critérios e monitoramentos que indicarão se há a necessária dispersão da rede e se o acesso está sendo garantido ao beneficiário da forma adequada e com informação suficiente.

2.1.5. As operadoras estão obrigadas a oferecer prestadores para assegurar as coberturas e procedimentos mínimos a serem garantidos nos planos de saúde, conforme a abrangência geográfica e área de atuação do plano, que devem estar dispostas no contrato firmado com o beneficiário, dentro dos prazos definidos pela ANS, não sendo permitida, a negativa de cobertura assistencial.

2.1.6. A estipulação de prazos máximos para atendimento pela RN nº 259, de 2011, veio acompanhada de uma clara preocupação desta Agência com o incremento do tratamento a ser dispensado aos beneficiários pelas operadoras, em especial no que diz respeito à prestação oportuna e com qualidade da assistência à saúde

2.1.7. De outra sorte, em 2016, com o objetivo de promover um espaço permanente de discussão com os representantes do setor de saúde suplementar a respeito de temas relacionados à estrutura e funcionamento dos planos de saúde, atinentes às competências normativas da Gerência-Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos – GGREP da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, foi instituído o **Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos** por meio da Portaria nº 2, de 26 de setembro de 2016, SEI1669560, publicada no Diário Oficial da União – DOU seção 1, Nº 191, de 04 de outubro de 2016.

2.1.8. O Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos constituiu um importante espaço de debate com os representantes do setor, possibilitando a discussão dessa temática de suma relevância

para a saúde complementar por meio de 3 (três) reuniões realizadas em 06/abril, 30/maio e 09/agosto de 2017.

2.1.9. Durante essas reuniões, foram recebidas contribuições da ABRAMGE, Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHF), CASU/UFMG, Central Nacional Unimed, Confederação Nacional de Saúde (CNS), FENASAÚDE, Postal Saúde, PROMÉDICA, Unidas, Unimed BH, Unimed do BRASIL, MEDISANITAS, CASSI, Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Unieste - Silvestre Saúde, Unimed Federação RS, e Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

2.1.10. Após um substancial trabalho, desenvolvido no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, como fruto de reuniões envolvendo integrantes da área técnica responsável da ANS e inúmeros representantes do setor regulado, foi apresentada, em 2017, uma proposta de revisão dos critérios para análise de substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede por redução, cujos elementos e razões encontram-se consignados na EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS nº 1/2017/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, SEI 3572103, tendo resultado numa minuta de Resolução Normativa, SEI 3572457.

2.1.11. As discussões e documentos constantes do Comitê estão divulgados na página da ANS na Internet (<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/3835-ans-realiza-a-2-reuniao-do-comite-de-regulacao-da-estrutura-de-produtos>; <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/3921-ans-apresenta-contribuicoes-do-setor-para-a-criacao-de-novas-regras-de-alteracao-de-rede-assistencial> e <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4036-ans-apresenta-propostas-para-novas-regras-de-regulacao-de-rede-assistencial-hospitalar>) e fazem parte do presente processo.

2.1.12. Em 2018 a ANS assumiu o compromisso de rediscutir o tema Aperfeiçoamento dos Critérios para Alteração de Rede Hospitalar, incluindo-o no eixo Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório da Agenda Regulatória 2019-2021.

2.1.13. Não obstante, os Comitês instituídos por ato normativo inferior a decreto, dentre outros tipos de colegiados, terem sido extintos pelo Decreto nº 9.759 de 11 de abril de 2019, a discussão com o setor foi retomada, em 2019. Percebeu-se, então, que havia um novo horizonte, haja vista que existia a ausência de passivo de processos para analisar, a implantação do Sistema de Alteração de Rede Hospitalar e o TISS, que apesar de já existir em 2017, não possuía a robustez de dados tal qual hoje.

2.1.14. As propostas construídas, à época, estão relatadas no documento SEI 3572103, mas reforçamos que não condizem mais com a situação atual, não podendo ser aplicadas no contexto contemporâneo. Por isso, entende-se que não faz sentido analisar a proposta da época com a proposta a ser apresentada.

2.1.15. Apesar de as propostas que serão apresentadas e analisadas nesse AIR, não serem aquelas construídas em 2017, elas foram consideradas, assim como as contribuições encaminhadas à ANS à época, os estudos realizados em 2016 e todo o material produzido no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, constituindo um arcabouço robusto para toda a análise.

2.1.16. Como apontado anteriormente, por meio dos **Diálogos sobre a Agenda Regulatória**, que consistiram numa série de reuniões, com representantes do setor da saúde complementar, para debater sobre os temas da Agenda Regulatória 2019-21 pertinentes à Diretoria de Produtos, o projeto foi, então, retomado.

2.1.17. A versão completa da Agenda Regulatória da ANS para o triênio 2019-2021 pode ser encontrada em <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/5048-ans-aprova-agenda-regulatoria-para-o-periodo-2019-2021>.

2.1.18. Mais de 20 entidades que compõem a Câmara de Saúde Suplementar - CAMSS, além de outras convidadas pela DIPRO, participaram dos 19 encontros realizados no segundo semestre de 2019, sendo concedida oportunidade para que os participantes encaminhassem suas propostas quanto aos temas apresentados. Diante dos debates prévios, da discussão com o setor por meio dos Diálogos e das 13 contribuições recebidas, a proposta para análise de substituição e redimensionamento por redução de prestadores hospitalares foi apresentada em 13 de fevereiro de 2020 em uma reunião de Diálogos Regulatórios, para tratar exclusivamente do tema "Aperfeiçoamento dos Critérios para Alteração de Rede Hospitalar".

2.1.19. A proposta apresentada nessa reunião encontra-se detalhada na Nota Técnica nº 139/2019/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, SEI 1606537, bem como a apresentação realizada

aos convidados, no documento SEI 17234740.

2.1.20. Nessa reunião foi, novamente, oportunizado ao setor o encaminhamento de contribuições e sugestões referentes a proposta apresentada.

2.1.21. Da análise das 16 contribuições apresentadas nessa nova oportunidade, a área técnica procedeu os ajustes que julgou pertinentes e apresentou uma proposta através da NOTA TÉCNICA N° 46/2020/GEARA/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO, SEI 17144836.

2.1.22. A íntegra de todas as contribuições encaminhadas encontra-se anexada ao presente processo.

2.1.23. Ressaltamos, por fim, que em 01/07/2020 ocorreu a segunda reunião dos Diálogos Regulatórios, objetivando uma devolutiva ao setor que participou das discussões, sendo apresentada a consolidação das contribuições recebidas, bem como a proposta a ser encaminhada à DICOL para autorização de Consulta Pública.

2.1.24. A segunda reunião dos Diálogos Regulatórios foi realizada de forma virtual, considerando a necessidade do distanciamento social causada pela situação de pandemia, e contou com 99 participantes, dentre eles, representantes da ANS, do setor e da sociedade. Os documentos referentes a reunião encontram-se no link <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/reunioes-tecnicas/reuniao-tecnica-de-analise-das-contribuicoes-recebidas-no-ambito-da-agenda-regulatoria-2019-2021>

2.1.25. Ao final da apresentação, foi oportunizado aos participantes tirarem suas dúvidas quanto a proposta apresentada e reforçarem suas contribuições, em sua grande maioria, já anteriormente encaminhadas. As duas questões mais focais da proposta final que mereceram destaque no debate foram:

2.1.25.1. A metodologia da curva ABC para definir quais os prestadores são os mais utilizados na rede do produto, com o objetivo de avaliar o impacto a massa assistida no caso de redimensionamento de rede por redução. Alguns operadores propuseram ajustes na proposta visando adequá-la a situações específicas, como por exemplo: internações pulverizadas e poucos hospitais na rede do plano.

2.1.25.2. Possíveis transtornos e impactos relacionados a garantia à gestante do parto em hospital descredenciado, tendo em vista a necessidade de relacionamento entre a operadora e um prestador que não mais pertenceria a rede credenciada, assim como possíveis impactos causados pela necessidade de aditamentos dos contratos com os prestadores para inclusão dessa previsão.

2.1.26. Ressaltamos que as explanações sobre o conteúdo das propostas, assim como seus impactos, encontram-se abaixo descritos na parte que trata da Comparação Qualitativa das Propostas e Regras Adicionais.

2.1.27. Conforme pode ser observado, este documento de AIR traz as considerações e manifestações recebidas por meio de participação social, referentes a matéria em análise, em conformidade às diretrizes gerais e guia orientativo para elaboração de análise de impacto regulatório - AIR da Casa Civil.

2.1.28. Ressaltamos que todas as propostas foram amplamente discutidas com o setor e resultaram na elaboração deste documento, o qual traz a Análise do Impacto Regulatório da situação atual versus uma nova proposta.

2.1.29. Os registros, assim como todo material produzido, sobre o tema no âmbito dos Diálogos sobre a AR 2019-2021 podem ser encontrados em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/reunioes-tecnicas/reuniao-tecnica-de-analise-das-contribuicoes-recebidas-no-ambito-da-agenda-regulatoria-2019-2021>.

2.1.30. Conforme mencionado, a ANS vem se debruçando em estudos sobre critérios para alteração de rede hospitalar, de forma a trazer mais transparência e eficiência ao processo.

2.1.31. Pode-se afirmar que as discussões para o Aperfeiçoamento dos Critérios para Alteração de Rede Hospitalar, resultaram numa proposta elaborada a partir de ampla discussão com os agentes do mercado da saúde suplementar (operadoras, prestadores e consumidores) e sociedade civil. Destaca-se, ainda, que a proposta em questão se encontra totalmente alinhada com os objetivos traçados, bem como permanece sob a lógica dos estudos desenvolvidos no âmbito da regulação das redes assistenciais na saúde suplementar.

2.2. Fundamentação legal

2.2.1. A legislação sobre substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede hospitalar por redução está disposta no **art. 17 da Lei nº 9.656**, de 3 de junho de 1998, bem como a competência legal da ANS, no inciso IV do artigo 4º da Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000.

2.2.2. Alguns critérios para a substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede hospitalar por redução foram detalhados na **IN/DIPRO nº 46** de 3 de outubro de 2014, que dispõe sobre as solicitações de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução, e alterada pela **IN/DIPRO nº 54**, de 7 de fevereiro de 2018.

2.2.3. A IN/DIPRO nº 46 trouxe anexos que padronizam as informações prestadas pelas operadoras quando do encaminhamento dos pedidos. Antes da sua publicação, a solicitação de alteração de rede hospitalar era realizada com base nos artigos 18 e 19 da **IN/DIPRO nº 23** de 1 de dezembro de 2009, e nos anexos IV e IV-A, os quais foram revogados pelo novo normativo.

2.2.4. À época da elaboração e publicação da IN/DIPRO nº 46, de 2014, constatou-se, por meio de levantamento realizado, que nos anos de 2012 e 2013, foram devolvidas 47% e 70% das solicitações, respectivamente, por falta de informações devidas na solicitação. Desta forma, esse normativo foi elaborado com o intuito de padronizar as solicitações pertinentes ao pleito e deixar claros os requisitos para abertura do processo administrativo de alteração de rede hospitalar.

2.2.5. Com a alteração trazida pela IN/DIPRO nº 54, a IN DIPRO nº 46/2014 passou a vigorar acrescida do art. 7º-A, que estabelece que a partir de 1º de março de 2018, as solicitações de substituição de entidade hospitalar ou de redimensionamento de rede por redução deverão ser realizadas por meio eletrônico, através do sistema web “Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar”, disponível no portal “Operadoras”, no site da ANS na internet.

2.2.6. A IN/DIPRO nº 54 também alterou a forma de geração da Taxa de Alteração de Dados do Produto (TAP), quando devida, sendo gerada exclusivamente através do sistema, no ato da solicitação, sendo admitida e considerada somente a partir da compensação do respectivo pagamento.

2.2.7. Temos, também, a **RN nº 85**, de 8 de dezembro de 2004 que, em seu art. 22, discrimina a alteração da rede hospitalar.

2.2.8. Por sua vez, a **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, nos artigos 18 e 20**, instituiu a Taxa de Alteração de Dados de Produto (TAP), que foi regulamentada pela **RN nº 89**, de 15 de fevereiro de 2005, que dispõe sobre arrecadação de receitas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, explicitando, no nosso estudo, os artigos 17, 18 e 20.

2.2.9. Cabe mencionar que a **RN nº 356**, de 3 de outubro de 2014, revogou o § 3º do artigo 18 da **RN nº 89, de 2005**. Com isso, nas solicitações vigentes a partir de 5/11/2014, não se aplica o valor de R\$ 50,00 caso o prestador hospitalar esteja vinculado a todos os produtos em operação. A partir de 09/09/2015, a **Portaria Interministerial nº 700**, de 31/08/2015, estipulou o valor de R\$ 1.348,37 por produto.

2.2.10. O art. 20 (operar produto diverso do registrado), art. 87 (substituição de entidade hospitalar) e art. 88 (redução de rede hospitalar), todos da **RN nº 124**, de 30 de março de 2006, dispõem sobre a aplicação de penalidades as infrações a legislação dos planos privados de assistência a saúde.

2.2.11. Por fim, temos a **RN 365/2014**, que dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares; e a **IN/DIDES 56/2014** que regulamenta o Capítulo III da RN 365/2014.

2.3. Critérios atuais para análise das Solicitações de Alteração de Rede Hospitalar

2.3.1. Sistema de Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar

2.3.1.1. Desde março de 2018, os pedidos de redimensionamento de rede por redução ou substituição de entidade hospitalar somente podem ser realizados de forma eletrônica através do Sistema de Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar, disponibilizado no site da ANS.

2.3.1.2. Destacamos que os critérios para análise das solicitações encaminhadas pelo Sistema

são aqueles constantes nas Notas Técnicas nº 393/2010/GGREP/DIPRO/ANS e 315/2015/GGREP/DIPRO/ANS, e os parâmetros para o pedido aqueles regulamentados pela Instrução Normativa da DIPRO nº 46, de 2014, alterada pela Instrução Normativa da DIPRO nº 54, vigente a partir de 07 de fevereiro de 2018.

2.3.1.3. Entretanto, o destaque para esse Sistema se dá pela alteração na forma de análise das solicitações de alteração de rede hospitalar, promovidas por sua implementação.

2.3.1.4. As principais características do Sistema de Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar são:

2.3.1.5. Os pedidos de redimensionamento de rede por redução ou substituição de entidade hospitalar são realizados por meio eletrônico e levam cerca de 24 horas para serem analisados;

a) Nos casos em que há a incidência da Taxa de Alteração de Dados do Produto – TAP, a GRU é gerada automaticamente pelo sistema e o pedido é admitido a partir do pagamento;

b) A solicitação tem caráter declaratório, não havendo conferência de documentos referente as motivações para exclusão do prestador, alegadas pela operadora no ato da solicitação. As documentações comprobatórias devem permanecer no domínio da operadora, e deverão ser encaminhadas à ANS sempre que solicitadas;

c) Em caso de deferimento, a inativação do prestador é feita automaticamente no Sistema RPS, mantendo a rede da operadora atualizada; e

d) As operadoras assumem a responsabilidade pelas informações.

2.3.2. **Substituição de Entidade Hospitalar – Regras Atuais**

2.3.2.1. Antes da implementação do Sistema, a análise consistia na comparação entre os recursos presentes no estabelecimento a ser excluído e os recursos presentes no estabelecimento a ser incluído, conforme as informações prestadas no anexo I-A da IN/DIPRO nº 46, de 2014.

2.3.2.2. Frise-se que a Nota nº 315/GGREP/DIPRO/ANS, de 27/11/2015, que complementa a Nota nº 393/2010/GGEO/DIPRO/ANS anteriormente mencionada, acrescenta critérios para verificação de equivalência relacionados à localização dos prestadores, conforme disposto a seguir.

2.3.2.3. Em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município, é considerado equivalente o prestador em município limítrofe a este.

2.3.2.4. Em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes, será considerado equivalente o prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.

2.3.2.5. Constatada a equivalência entre os prestadores indicados, era feita a atualização da base no RPS, por especialista em regulação, com a devida exclusão do prestador autorizado e inclusão do substituto, manualmente.

2.3.2.6. Caso não fosse constatada a equivalência entre os prestadores indicados para exclusão e inclusão, ou seja, quando não apresentam os mesmos recursos ou a entidade indicada para a inclusão possua menor disponibilidade de leitos e serviços, notificava-se a operadora.

2.3.2.7. Com a implementação do Sistema de Alteração de Rede Hospitalar, caso a operadora pretenda a substituição, esta deve informar tal motivação no Sistema, indicar o prestador a ser substituído e seu substituto e declarar que a substituição comunicada atende a equivalência exigida no art. 17 da Lei 9656/98.

2.3.2.8. Frisa-se que, nesses casos, o anexo I-A da IN/DIPRO nº 46, de 2014 deverá ser preenchido com as informações dos prestadores (excluído e incluído) e permanecer na posse da operadora para apresentação à ANS, caso solicitado.

2.3.3. **Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução – Regras Atuais**

2.3.3.1. De acordo com o artigo 5º da IN/DIPRO nº 46, de 2014, a alteração de rede hospitalar poderá ser motivada por:

2.3.3.2. - Interesse da própria operadora de planos de assistência à saúde;

- 2.3.3.3. - Interesse exclusivo da entidade hospitalar;
- 2.3.3.4. - Encerramento das atividades da entidade hospitalar; ou
- 2.3.3.5. - Rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora de planos de assistência à saúde intermediária, nos casos de contratação indireta.
- 2.3.3.6. A Motivação por Interesse da Própria Operadora ocorre quando o pedido é motivado por interesse da operadora, ou seja, a saída do estabelecimento da rede credenciada ocorrerá por iniciativa da própria operadora.
- 2.3.3.7. Para fins de análise, verifica-se o número de internações nos últimos 12 meses, a fim de identificar quais estabelecimentos hospitalares estão em operação, ou seja, aqueles que efetivamente prestam assistência aos beneficiários. Dessa forma, são indeferidos os pedidos para exclusão de prestadores que apresentaram internações hospitalares nos últimos 12 meses contados da data da solicitação, tendo em vista o impacto na massa assistida.
- 2.3.3.8. De forma diversa, são deferidas as exclusões por redução de estabelecimentos que não apresentaram internações hospitalares nos 12 meses anteriores à data da solicitação de alteração de rede, haja vista que os recursos destes estabelecimentos estão ociosos, não havendo impacto sobre a massa assistida.
- 2.3.3.9. Ressalta-se que, desde a implementação do Sistema de Solicitação de Alteração de Rede, o número de internações ocorridas no prestador a ser excluído é declarado pela operadora através do Sistema, no ato da solicitação.
- 2.3.3.10. A Motivação por Interesse Exclusivo da Entidade Hospitalar ocorre quando os pedidos são motivados por interesse exclusivo da entidade hospitalar. Nesse caso, a operadora deve selecionar essa motivação no Sistema de Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar, indicar o prestador a ser excluído e os planos a serem alterados.
- 2.3.3.11. A documentação proveniente da entidade hospitalar, comprovando que a rescisão contratual partiu do prestador, com identificação do seu representante e assinatura, deve permanecer na posse da operadora para eventuais monitoramentos.
- 2.3.3.12. A Motivação por Encerramento das Atividades da Entidade Hospitalar, com base na IN/DIPRO nº 46, de 2014, ocorre quando há o encerramento das atividades da entidade hospitalar, devendo ser comprovado mediante documentação, e será considerado quando:
- 2.3.3.13. - ocorrer o fechamento total do estabelecimento;
- 2.3.3.14. - forem extintas todas as atividades hospitalares contratadas pela operadora; e
- 2.3.3.15. - a prestação de todas as atividades hospitalares passar a ser exclusiva para o Sistema Único de Saúde – SUS;
- 2.3.3.16. Assim como na análise de pedidos motivados por interesse da entidade hospitalar, a operadora deve selecionar essa motivação no Sistema de Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar, indicar o prestador a ser excluído, assim como os planos a serem alterados.
- 2.3.3.17. A documentação comprobatória do encerramento das atividades do prestador deve permanecer na posse da operadora para eventuais monitoramentos por parte da ANS.
- 2.3.3.18. Por fim, a Motivação por Rescisão Contratual entre a Entidade Hospitalar e a Operadora de Planos de Assistência à Saúde Intermediária, denominada Contratação Indireta se dá no caso de exclusão de prestador hospitalar solicitado por operadora que contrata a entidade de forma indireta. A operadora também seleciona esse motivo no Sistema e permanece de posse dos documentos comprobatórios, pois esses poderão ser exigidos para fins de verificação se a operadora intermediária obteve autorização para exclusão do prestador em questão.

2.3.4. **Monitoramento das Solicitações de Alteração de Rede Hospitalar**

2.3.4.1. Considerando que as alterações de rede, via Sistema de Alteração de Rede Hospitalar, são realizadas de forma declaratória, esta GEARA/GGREP/DIPRO/ANS iniciou, em meados de 2019, o monitoramento dessas solicitações.

2.3.4.2. O monitoramento é realizado a partir de diversas verificações e cruzamentos, entre os dados declarados e os sistemas da ANS, como RPS e TISS, com a finalidade de garantir o

cumprimento regulatório das solicitações bem como manter as informações de rede hospitalar no sistema RPS atualizadas.

2.3.4.3. Caso sejam identificadas divergências, incorreções ou omissões nas solicitações de alteração de rede hospitalar, a ANS abrirá procedimento de apuração e também poderá se valer de outras medidas administrativas, como, por exemplo, a suspensão do produto, e/ou indicação da operadora ao Regime de Direção Técnica, além das acima expostas e outras que se tornarem necessárias.

2.3.4.4. Os documentos referentes a este Monitoramento encontram-se nos autos do Processo 33910.011.361/2019-96.

3. CENÁRIOS - ESBOÇO INICIAL DE ALTERNATIVAS

3.1. Substituição de Entidade Hospitalar - Proposta 1 (cenário atual) x Proposta 2020

Formulação de alternativas - matriz de factibilidade.

3.1.1. Ressaltamos que a matriz abaixo apresentada traz a proposta sobre os critérios para as análises dos pedidos de alterações na rede hospitalar das operadoras, no que se refere à substituição de entidade hospitalar, adequadas ao momento atual da ANS e do setor, trazendo a comparação entre as análises realizadas atualmente, a partir dos critérios definidos em duas Notas Técnicas e a nova Proposta, denominada Proposta 2020, construída a partir do resgate do material produzido no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos e dos Diálogos sobre a Agenda Regulatória 2019-2021 e amplamente debatida com os agentes do mercado (operadoras, prestadores e consumidores) e sociedade civil.

SUBSTITUIÇÃO DE REDE HOSPITALAR		
VARIÁVEL	PROPOSTA 1 (cenário atual)	PROPOSTA 2020
1. Descrição da proposta	<p>A análise consiste na comparação (quantitativa) direta entre os recursos presentes no estabelecimento a ser excluído e os recursos presentes no estabelecimento a ser incluído, conforme o anexo I-A da IN nº 46.</p> <p>Localização: o prestador substituto deverá estar localizado no mesmo município da entidade hospitalar a ser excluída.</p> <p>a) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este;</p> <p>b) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.</p>	<p>O prestador substituto deverá dispor de todos os serviços hospitalares e atendimento de urgência e emergência, utilizados na entidade hospitalar a ser excluída, em que tenha ocorrido internação nos últimos 12 meses.</p> <p>Localização: o prestador substituto deverá estar localizado no mesmo município da entidade hospitalar a ser excluída.</p> <p>a) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este;</p> <p>b) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.</p> <p>Será possibilitada a contratação de outra entidade hospitalar ou não, de forma complementar, para fins de substituição de serviços hospitalares que não constem no prestador substituto.</p> <p>Será possibilitada a indicação de estabelecimento para substituição já pertencente a rede do produto, desde que comprovado o aumento da capacidade de atendimento, nos últimos 90 dias, correspondente aos serviços que estão sendo excluídos.</p>

		O prestador substituto será considerado novo na rede do produto a ser alterado desde que tenha sido incluído até 90 dias da data da exclusão do prestador.
2. Facilidades de implementação	<p>A análise consistia, desde 2010, na comparação direta e quantitativa dos recursos presentes e contratados pela operadora no estabelecimento a ser excluído e os recursos presentes e contratados pela operadora no estabelecimento a ser incluído, conforme o anexo I-A da IN nº 46/2014.</p> <p>A partir de 2018, com a implementação do Sistema de Solicitação de Alteração de Rede, que é declaratório, tal comparação para fins de equivalência só é realizada por amostragem quando do monitoramento.</p>	<p>A comparação para fins de equivalência será feita para os serviços hospitalares dos quais a ANS já recebe informações sobre utilização por meio da TISS - Troca de Informação de Saúde Suplementar, consolidadas da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internação Psiquiátrica; • Internação Obstétrica; • Internação Clínica; • Internação Cirúrgica; • Internação em UTI Neonatal; • Internação em UTI Pediátrica; • Internação em UTI Adulto; • Atendimento Urgência e Emergência Adulto; e • Atendimento Urgência e Emergência Pediátrico.
3. Dificuldades de implementação - custos administrativos		Extração das informações do sistema TISS.
4. Monitoramento: descrição dos procedimentos e custos	Considerando a quantidade de solicitações para alteração de rede hospitalar, apenas uma pequena quantidade de substituições é monitorada para fins de avaliação de equivalência.	<p>A construção do Sistema de Alteração de Rede Hospitalar permitiu ao Órgão Regulador ter um retrato mais fiel da rede assistencial hospitalar oferecida pela operadora.</p> <p>Todavia, o Sistema de Alteração de Rede Hospitalar é essencialmente declaratório, imputando à operadora a responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</p> <p>A partir da implementação dos novos critérios de análise no Sistema, que permitirá a análise de mérito, serão formulados indicadores para acompanhamento da equivalência nas substituições realizadas e da estrutura da rede assistencial atual.</p>
5. Avaliação - descrição dos procedimentos e custos		Sugestão de reavaliar os critérios adotados após 2 anos da vigência do novo normativo.
6. Enforcement - descrição dos procedimentos e custos	O art. 87 da RN 124/2006, e suas posteriores alterações, prevê sanção no caso de descumprimento do artigo 17 da Lei nº 9.656/98.	O art. 87 da RN 124/2006, e suas posteriores alterações, prevê sanção no caso de descumprimento do artigo 17 da Lei nº 9.656/98.
7. Impacto distributivo		
7.1. Impacto para o	A comparação dos serviços não é feita para todas as substituições comunicadas	<p>A verificação da equivalência por meio da avaliação dos serviços hospitalares em que tenha ocorrido internação nos últimos 12 meses, incentiva a substituição de prestadores hospitalares ao invés do redimensionamento.</p> <p>Poderá ocorrer redução dos serviços contratados na rede apenas quando</p>

<p>consumidor</p>	<p>os substituíveis contratados.</p>	<p>estes não forem utilizados.</p> <p>Considera para fins de comparação a utilização do serviço de urgência e emergência, evitando a exclusão desses serviços quando esses estão sendo utilizados pelos beneficiários dos produtos.</p>
<p>7.2. Impacto para as operadoras</p>	<p>Para ser considerado equivalente, o hospital substituto precisa ter o mesmo número de leitos do hospital a ser excluído.</p> <p>Além disso, a análise considera a comparação de serviços não hospitalares, o que obrigava a operadora a disponibilizar esses serviços no hospital substituto.</p> <p>Nem todas as localidades possuem hospitais equivalentes ao prestador excluído, induzindo a substituição fora do município ou o redimensionamento por redução.</p>	<p>As operadoras somente poderão excluir os principais prestadores da rede, mediante substituição da entidade hospitalar.</p> <p>O prestador a ser incluído não precisará ter o número exato de leitos do hospital excluído.</p> <p>Possibilita a contratação de outra(s) prestadores, hospitalares ou não, de forma complementar.</p> <p>Maior eficiência na gestão da rede assistencial por parte da operadora ao evitar que serviços não utilizados tenham que ser substituídos.</p> <p>Permite a utilização de prestadores que já fazem parte da rede da operadora, como substitutos, desde que estes estejam na rede há, no máximo, 90 dias.</p> <p>Considera a ampliação da capacidade de atendimento nos hospitais já integrantes da rede da operadora para fins de análise de equivalência.</p>
<p>7.3. Impacto para os prestadores</p>	<p>Só pode ser considerado como substituto um prestador que possua todos os serviços do prestador a ser excluído (conforme Anexo IA da IN 46), e que possua quantidade de leitos igual ou superior.</p>	<p>A operadora poderá indicar estabelecimento para substituição já pertencente a rede de atendimento do produto, desde que comprovado através de aditivo contratual, que houve aumento da capacidade de atendimento, nos últimos 90 dias, correspondente aos serviços que estão sendo excluídos.</p> <p>Um prestador que tenha os mesmos serviços hospitalares do prestador substituído poderá ser incluído como substituto mesmo que não tenha o número exato de leitos do prestador a ser excluído.</p> <p>Possibilidade de contratação de prestador (hospitalar ou não) de forma complementar permitindo a inclusão de um prestador como substituto que não possua todos os serviços hospitalares necessários.</p>

3.1.2. Comparação qualitativa entre as alternativas para Substituição de Rede hospitalar

3.1.3. Proposta 1 – cenário atual - Substituição de Rede hospitalar

3.1.3.1. Os critérios de análise atuais estão estabelecidos nas Notas 393/2010/GGEOP/DIPRO/ANS e 315/2015/GGREP/DIPRO/ANS. Dessa forma, a análise consiste na comparação direta entre os recursos presentes no estabelecimento a ser excluído e os recursos presentes no estabelecimento a ser incluído, conforme o anexo I-A da IN/DIPRO nº 46, 2014, que traz tanto recursos hospitalares como número de leitos, quanto recursos não hospitalares, tais como,

exames e terapias. Quanto à localização, a substituição deve ser feita no mesmo município. Em casos de indisponibilidade ou inexistência, pode ser no município limítrofe ou na região de saúde do prestador a ser excluído.

3.1.3.2. A partir da implementação do Sistema de Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar, a operadora comunica a substituição e declara a devida equivalência entre os prestadores.

3.1.3.3. A análise de equivalência por meio da comparação dos serviços conforme o anexo I-A da IN nº 46 está sendo realizada por amostragem, em âmbito de monitoramento.

3.1.4. **Proposta 2020 - - Substituição de Rede hospitalar**

3.1.4.1. De acordo com a proposta, a equivalência entre entidades hospitalares será atestada a partir da comparação de critérios baseados nos seguintes itens:

3.1.4.2. - Deverá considerar a utilização dos serviços hospitalares e do atendimento de urgência e emergência.

3.1.4.3. - A comparação será feita para os seguintes serviços hospitalares: Internação Psiquiátrica; Internação Obstétrica; Internação Clínica; Internação Cirúrgica; Internação em UTI Neonatal; Internação em UTI Pediátrica; Internação em UTI Adulto; Atendimento Urgência e Emergência Adulto; e Atendimento Urgência e Emergência Pediátrico, visto que, atualmente, a ANS recebe as informações sobre a utilização dos serviços hospitalares por meio da TISS - Troca de Informação de Saúde Suplementar, agregadas dessa forma.

3.1.4.4. - Será possibilitada a indicação de mais de uma entidade hospitalar para exclusão, desde que estejam localizadas no mesmo município.

3.1.4.5. - O prestador substituto deverá estar localizado no mesmo município da entidade hospitalar a ser excluída. Em caso de indisponibilidade ou inexistência poderá ser indicado prestador em município limítrofe ou na Região de Saúde.

3.1.4.6. - Será possibilitada a contratação de outra(s) prestadores, hospitalares ou não, de forma complementar, para fins de substituição de serviços hospitalares que não constem no prestador substituto.

3.1.4.7. - A operadora poderá indicar estabelecimento para substituição já pertencente a rede de atendimento do produto, desde que comprovado através de aditivo contratual, que houve aumento da capacidade de atendimento, nos últimos 90 dias, correspondente aos serviços que estão sendo excluídos.

3.1.4.8. - O prestador substituto será considerado novo na rede do produto a ser alterado desde que tenha sido incluído até 90 dias da data da exclusão do prestador.

3.1.5. **Comparação entre a Proposta 1 (cenário atual) e Proposta 2020 para a Substituição de Entidades Hospitalares**

3.1.5.1. Primeiramente, destacamos que a **proposta 2020** é baseada na comparação de serviços hospitalares, tendo em vista que a análise diz respeito à substituição de entidades hospitalares, a análise realizada no cenário atual considera serviços hospitalares e não hospitalares.

3.1.5.2. No **cenário atual**, os serviços hospitalares são comparados quantitativamente em relação ao número de leitos, enquanto a **proposta 2020** apresentada não leva em consideração o número de leitos, tendo em vista a lógica de garantia de atendimento já consolidada.

3.1.5.3. A ANS entende que as medidas de acesso são a forma mais adequada de se definir se uma rede é suficiente para o atendimento de seus beneficiários, a fim de avaliar se o serviço está sendo efetivamente prestado e de forma oportuna.

3.1.5.4. Na Saúde Suplementar não há uma integração ou pactuação entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde, de modo que cada operadora é responsável por garantir, dentro da sua área de abrangência e área de atuação, a assistência integral dos seus beneficiários a todos os procedimentos definidos no Rol de Procedimentos de Coberturas Mínimas Obrigatórias, de acordo com as coberturas contratadas. Por isso, o compartilhamento de prestadores, pois um mesmo prestador de serviços poderia atender aos beneficiários de várias operadoras, ao SUS e a particulares, ou seja, o fato de pertencer à rede assistencial de uma operadora não significava que os seus recursos

estivessem integralmente disponíveis para o atendimento dos seus beneficiários.

3.1.5.5. Tem-se no acima exposto uma característica própria da conformação do sistema de saúde brasileiro que dificulta a adoção de critérios quantitativos de suficiência de rede na saúde suplementar.

3.1.5.6. Ainda quanto aos serviços, de acordo com a regra atual, a substituição atende aos critérios de equivalência quando os serviços hospitalares e não hospitalares, dispostos no Anexo I A da IN nº 46, forem disponíveis no prestador substituto. O diferencial da proposta, quanto a esse critério, é o fato de que somente os serviços que apresentem utilização, nos últimos 12 meses, terão que ser substituídos, aumentando a eficiência na gestão da rede assistencial ao evitar que serviços não utilizados tenham que ser substituídos.

3.1.5.7. Pela nova regra, **Proposta 2020**, será possibilitada a contratação de outra(s) prestadores, hospitalares ou não, de forma complementar, para fins de substituição de serviços hospitalares que não constem no prestador substituto, tal regra permite que um hospital seja utilizado para fins de substituição mesmo que ele não possua a totalidade dos serviços exigida. Por exemplo, o serviço de urgência e emergência poderá ser ofertado em um prestador não hospitalar. Atualmente, não é possível complementar a equivalência dos serviços utilizando-se prestadores não hospitalares.

3.1.5.8. Quanto à localização, a **Proposta 2020** permite a substituição no mesmo município ou no município limítrofe nos casos de indisponibilidade ou inexistência de prestador, da mesma forma que o critério atual de análise. Isso se justifica por vários motivos: devido à ausência de hospitais em todos os municípios do país; por ser uma regra baseada na RN nº 259, 17 de junho de 2011; e também por ser a regra já utilizada tanto para substituição de prestadores hospitalares, conforme anteriormente mencionado, quanto para a substituição de prestadores não hospitalares, de acordo com a RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, amplamente discutida com o setor quando da regulamentação da Lei nº 13.003, 24 de junho de 2014. Ademais, em relação ao atendimento de urgência e emergência, a obrigatoriedade de atendimento imediato nessas situações se sobrepõe a eventual indisponibilidade de prestadores da rede da operadora no município demandado.

3.1.5.9. Pela **Proposta 2020**, a operadora poderá indicar estabelecimento para substituição já pertencente a rede de atendimento do produto, desde que comprovado através de aditivo contratual, que houve aumento da capacidade de atendimento, nos últimos 90 dias, correspondente aos serviços que estão sendo excluídos. Essa regra considera as ampliações de serviços ou reformas para expansão de leitos em hospitais já integrantes da rede da operadora.

3.1.5.10. Atualmente, a regra não considera como substituto um prestador que já faça parte da rede do produto, mesmo que este tenha ampliado sua capacidade de atendimento.

3.1.5.11. Adicionalmente, a **Proposta 2020** considera que o prestador substituto poderá ser considerado novo na rede do produto a ser alterado desde que tenha sido incluído até 90 dias da data da exclusão do prestador.

3.2. Comparação entre as propostas - resumo da ANÁLISE INTERMEDIÁRIA - Substituição de Entidade Hospitalar

CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE INTERMEDIÁRIA	PONTUAÇÃO GERAL			ORDEM PARA SELEÇÃO POR VALORES (CRESCENTE)			CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE INTERMEDIÁRIA
	Cenário atual	Proposta 2020		Cenário atual	Proposta 2020		
1. EFICIÊNCIA	61,429	72,8571		2	1		1. EFICIÊNCIA
2. EFETIVIDADE	10	90		2	1		2. EFETIVIDADE
3. EQUIDADE	23	83		2	1		3. EQUIDADE
4. TRANSPARÊNCIA	27	90		2	1		4. TRANSPARÊNCIA
5. RAZOABILIDADE	90	77		1	2		5. RAZOABILIDADE
TOTAL GERAL	212	413	0				
MÉDIA GERAL	42	83	0				
% DA PONTUAÇÃO MÁXIMA	47,09%	91,75%	0,00%				
ORDEM PARA SELEÇÃO GERAL DAS ALTERNATIVAS (CRESCENTE)	2	1	3				

3.3. Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução - Proposta 1 (cenário atual) x Proposta 2020

3.3.1. Formulação de alternativas – matriz de factibilidade.

3.3.1.1. Conforme já exposto, a matriz abaixo apresentada traz a proposta sobre os critérios para as análises dos pedidos de alterações na rede hospitalar das operadoras, no que se refere ao redimensionamento de rede por redução hospitalar, adequadas ao momento atual da ANS e do setor, trazendo a comparação entre as análises realizadas atualmente, a partir dos critérios definidos em duas Notas Técnicas e a nova Proposta, denominada Proposta 2020, construída a partir do resgate do material produzido no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos e dos Diálogos sobre a Agenda Regulatória 2019-2021, e amplamente debatida com os agentes do mercado (operadoras, prestadores e consumidores) e sociedade civil.

REDIMENSIONAMENTO DE REDE HOSPITALAR		
VARIÁVEL	PROPOSTA 1 (Cenário atual)	PROPOSTA 2020
1. Descrição da proposta	<p>Interesse da própria operadora: avaliação do impacto sobre a massa assistida, a partir do número de internações no prestador nos últimos 12 meses. / Interesse do prestador e Encerramento das atividades: análise da documentação comprobatória. / Rede indireta: verificação da autorização para a operadora intermediária.</p> <p>*A partir de 2018, o nº de internações é declarado no Sistema no ato da solicitação do pedido. As documentações comprobatórias devem permanecer na posse da operadora para apresentação, em caso de monitoramento.</p>	Constituirá impacto sobre a massa assistida, conforme previsão do art. 17 da Lei nº 9.656/98, a exclusão de entidades hospitalares responsáveis por até 80% dos atendimentos na região de saúde do prestador que está sendo excluído, nos últimos 12 meses, para os planos objeto do redimensionamento (Curva ABC).
2. Facilidades de implementação	<p>Os critérios de análise utilizados atualmente são os mesmos desde 2010.</p> <p>A partir de 2018, o nº de internações é declarado no Sistema por parte da operadora e as referidas documentações comprobatórias não são apresentadas quando da solicitação, devendo permanecer na posse da operadora para apresentação, em caso de monitoramento.</p>	Os prestadores mais utilizados da região de saúde podem ser identificados por meio das informações disponíveis na TISS.
3. Dificuldades de implementação - custos administrativos		Extração das informações da TISS.
4. Monitoramento: descrição dos procedimentos e custos	Considerando a quantidade de solicitações para alteração de rede hospitalar, apenas uma pequena quantidade de redimensionamentos é monitorada.	A partir da implementação dos novos critérios de análise no Sistema, que permitirá a análise de mérito, serão formulados indicadores para acompanhamento da equivalência nas substituições realizadas e da estrutura da rede assistencial atual.
5. Avaliação - descrição dos procedimentos e custos		Sugestão de reavaliar os critérios adotados após 2 anos da vigência do novo normativo.
6. Enforcement - descrição dos procedimentos e custos	O art. 88 da RN 124/2006, e suas posteriores alterações, prevê sanção no caso de descumprimento do artigo 17 da Lei nº 9.656/98.	O art. 88 da RN 124/2006, e suas posteriores alterações, prevê sanção no caso de descumprimento do artigo 17 da Lei nº 9.656/98.

7. Impacto distributivo		
7.1. Impacto para o consumidor	Pode ocorrer exclusão dos principais prestadores na região sem sua substituição.	Não será permitida a exclusão, sem substituição, dos principais prestadores da região de saúde.
7.2. Impacto para as operadoras	Pelos critérios atuais, as operadoras não podem excluir prestadores que tiveram apenas uma internação nos últimos 12 meses.	Poderão excluir prestadores que apresentaram internações nos últimos 12 meses, desde que não sejam os principais prestadores da rede (que não estejam no grupo de prestadores que concentrem até 80% das internações na região de saúde).
7.3. Impacto para os prestadores	Instabilidade dos principais prestadores na rede assistencial das operadoras.	Maior estabilidade dos principais prestadores na rede assistencial da operadora.

3.3.2. **Comparação qualitativa entre as alternativas para Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução**

3.3.2.2. **Proposta 1 - cenário atual - Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução**

3.3.2.2.1. Pela motivação "Interesse da própria operadora", a avaliação do impacto sobre a massa assistida é analisada a partir do número de internações no prestador nos últimos 12 meses, declarados pela operadora no Sistema de Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar (IN 54). Caso a operadora declare não ter havido nenhuma internação no prestador, o redimensionamento é deferido.

3.3.2.2.2. Pelas motivações Interesse do prestador e Encerramento das atividades, a operadora declara a motivação no Sistema, informa os produtos a serem alterados e se responsabiliza pelas informações prestadas. Não existe a funcionalidade ou possibilidade de envio de documentação na fase da solicitação. No monitoramento, a documentação comprobatória poderá ser solicitada para verificação.

3.3.2.2.3. Tratando-se de rede indireta, a operadora deve declarar essa motivação no Sistema, informando os produtos a serem alterados e se responsabilizando pelas informações prestadas. O sistema verifica se o prestador se encontra inativo (excluído) na rede da operadora intermediária e, em caso positivo, o redimensionamento é deferido.

3.3.2.2.4.

3.3.3. **Proposta 2020 - Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução**

3.3.3.1. Constituirá impacto sobre a massa assistida, conforme previsão do art. 17 da Lei nº 9.656/98, a exclusão de entidades hospitalares responsáveis por até 80% dos atendimentos na região de saúde do prestador que está sendo excluído, nos últimos 12 meses, para os planos objeto do redimensionamento (Curva ABC).

3.3.3.2. Quando a solicitação de exclusão de prestador hospitalar for motivada por encerramento de atividades da entidade hospitalar, por rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária (rede indireta), não se aplicará a análise de impacto à massa assistida. A operadora deverá possuir documentação que comprove tais motivações.

3.3.4. **Comparação entre a Proposta 1 (cenário atual) e Proposta 2020 para o Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução**

3.3.4.1. No que se refere ao redimensionamento por redução motivado por interesse da própria operadora, o critério de análise atual é baseado somente no número de internações no prestador nos últimos 12 meses. Prestadores que tiveram uma única internação, nos produtos a serem alterados, no ano anterior a solicitação, não podem ser descredenciados.

3.3.4.2. Dessa forma, a proposta traz avanços ao deixar clara a definição de impacto à massa assistida, prevista na Lei 9.656/98, não permitindo o redimensionamento de rede por redução apenas para as entidades hospitalares responsáveis por até 80% dos atendimentos na região de saúde do prestador que está sendo excluído, nos últimos 12 meses, para os planos objeto do redimensionamento.

3.3.4.3. Observamos que, nesses casos, a operadora deverá substituir o prestador.

3.3.4.4. Desta forma, poderão ser excluídos prestadores que apresentaram intenações nos últimos 12 meses, desde que não sejam os principais prestadores da rede, o que traz maior flexibilidade nos critérios para exclusão.

3.3.4.5. Sob o ponto de vista da estrutura, a proposta é avaliar a utilização de prestadores de forma regionalizada, mantendo-se a dispersão formatada pela operadora no registro do produto e contratada pelos beneficiários.

3.3.4.6. Atualmente, as solicitações motivadas por interesse do prestador e encerramento de atividades são analisadas com base na documentação comprobatória, no âmbito do monitoramento. Todavia, tal comprovação apresenta alguns problemas no que se refere à dificuldade de as operadoras conseguirem documentação emitida pelo prestador de serviços, bem como à dificuldade de identificar se a operadora deu causa ao pedido de descredenciamento, por exemplo, por meio de glosas ou não pagamento por serviços realizados.

3.3.4.7. Pela proposta, mesmo que o descredenciamento tenha sido solicitado pelo prestador, caso a entidade hospitalar esteja dentre as mais utilizadas do produto na região de saúde (regra do impacto a massa assistida) a operadora terá que substituir o prestador, da mesma forma de quando o descredenciamento é feito por interesse da própria operadora.

3.3.4.8. Importante deixar claro que a proposta mantém regras de análise atualmente vigentes quando o pedido é motivado pelo encerramento das atividades da entidade hospitalar, rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária (rede indireta). Nesses casos, as operadoras não terão que possuir documentação comprobatória para apresentação, se necessário.

3.3.4.9. No caso da rede indireta, mantém-se a verificação do encerramento do vínculo do prestador com a operadora intermediária no Sistema RPS, a partir da autorização emitida pela ANS. Para os outros casos, conforme já indicado, cabe à operadora a responsabilidade por verificar, atestar e manter a comprovação do alegado.

3.3.5. Comparação entre as propostas - resumo da ANÁLISE INTERMEDIÁRIA - Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução

CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE INTERMEDIÁRIA	PONTUAÇÃO GERAL			ORDEM PARA SELEÇÃO POR VALORES (CRESCENTE)			CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE INTERMEDIÁRIA
	Cenário atual	Proposta 2020		Cenário atual	Proposta 2020		
1. EFICIÊNCIA	61,429	72,8571		2	1		1. EFICIÊNCIA
2. EFETIVIDADE	10	90		2	1		2. EFETIVIDADE
3. EQUIDADE	23	83		2	1		3. EQUIDADE
4. TRANSPARÊNCIA	27	90		2	1		4. TRANSPARÊNCIA
5. RAZOABILIDADE	90	77		1	2		5. RAZOABILIDADE
TOTAL GERAL	212	413	0				
MÉDIA GERAL	42	83	0				
% DA PONTUAÇÃO MÁXIMA	47,09%	91,75%	0,00%				
ORDEM PARA SELEÇÃO GERAL DAS ALTERNATIVAS (CRESCENTE)	2	1	3				

3.3.6. Regras Adicionais a Proposta 2020

3.3.6.1. Além das regras propostas para substituição e redimensionamento de rede hospitalar já detalhadas, durante a discussão realizada com a sociedade e entre o corpo técnico desta Agência, ficou premente a necessidade de adoção de alguns critérios para situações específicas, que passamos a detalhar a seguir.

3.3.6.1.1. a) Exclusão parcial de serviços hospitalares e de urgência e emergência

3.3.6.1.1.1. Atualmente, a exclusão parcial dos serviços hospitalares prescinde de autorização do

órgão regulador, visto que, até então, tem-se o entendimento que o art. 17 da Lei 9656/98 previu que o redimensionamento por redução de prestador hospitalar da rede das operadoras que necessita de autorização prévia trata-se apenas da retirada total do prestador da rede.

3.3.6.1.1.2. Esse entendimento, construiu ao longo dos anos uma prática, na qual a operadora excluía um serviço, depois outro, num processo de esvaziamento do prestador e redução de oferta para os beneficiários sem o conhecimento ou a intervenção do Órgão regulador, haja vista não haver qualquer proibição legal.

3.3.6.1.1.3. Da mesma forma, durante os debates, entendeu-se que os serviços de urgência e emergência são tão importantes quanto os serviços eletivos de internação, visto a fragilidade do beneficiário, em regra, no momento da busca de uma urgência e/ou emergência.

3.3.6.1.1.4. Desta forma, a proposta apresentada não permite a exclusão parcial de serviços hospitalares, assim como o serviço de urgência e emergência, nas entidades hospitalares cujo redimensionamento por redução ocasione impacto sobre a massa assistida. Nesses casos, a eventual exclusão parcial de serviços hospitalares deverá ser acompanhada da respectiva substituição.

3.3.6.1.1.5. Tal proposta visa evitar o esvaziamento descontrolado dos serviços hospitalares disponibilizados em prestadores integrantes da rede credenciada das operadoras e, considerando que a partir da Lei 13.003, uma operadora de planos de saúde que descredencia prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares como clínicas, profissionais de saúde autônomos, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios, é obrigada a substituí-los, aponta-se como uma boa prática regulatória, aproximar a regra de exclusão parcial de serviços hospitalares, assim como os de urgência e emergência hospitalares, com as regras dos serviços não hospitalares.

3.3.6.1.1.6. Observamos que para inclusão dessa infração será necessário alterar a RN nº 124, de 2006.

3.3.6.1.2. **b) Portabilidade dos beneficiários em função da alteração da rede hospitalar**

3.3.6.1.2.1. A proposta apresentada traz uma possibilidade, até então inexistente, na medida que possibilita ao beneficiário, do produto que tenha sua rede hospitalar alterada, exercer a portabilidade, independente do prazo de permanência no plano.

3.3.6.1.2.2. A proposta visa possibilitar a portabilidade no caso de descredenciamento de prestador hospitalar no município de contratação do plano pelo beneficiário.

3.3.6.1.2.3. Tendo sido descredenciado um hospital, dentro do referido município, o beneficiário teria 60 dias, contados da data da ciência do descredenciamento, para solicitar a portabilidade por motivo de alteração de rede credenciada, caso assim deseje.

3.3.6.1.2.4. Vale apontar que a alteração de rede figura entre os principais motivos relatados pelos beneficiários, no guia de planos da ANS, para portar de operadora.

3.3.6.1.2.5. Observamos que para inclusão deste novo regramento será necessário alterar a RN nº 438, de 2018.

3.3.6.1.3. **c) Comunicação ao beneficiário**

3.3.6.1.3.1. As regras atuais para ciência do beneficiário quanto as alterações ocorridas na rede hospitalar contratada são aquelas dispostas no art. 17 da Lei 9656/98, que exige, nos casos de substituição, a comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência; no art. 16 da IN DIPRO 46/2014, que dispõe sobre o momento em que deverão ser divulgadas as alterações na rede; e na RN 285/2011 que trata da obrigatoriedade de manter atualizados, em tempo real, os dados da rede assistencial nos sítios eletrônicos das operadoras.

3.3.6.1.3.2. O objetivo da proposta apresentada é aumentar a informação do beneficiário sobre as alterações ocorridas na rede credenciada contratada, visto que, conforme as demandas de reclamação recebidas na ANS, apenas a atualização da rede hospitalar no portal Corporativo da Operadora, já previsto atualmente, não está sendo suficiente.

3.3.6.1.3.3. Ressaltamos que número significativo das reclamações recepcionadas na ANS referem que o beneficiário tomou ciência do descredenciamento somente quando precisou do atendimento.

3.3.6.1.3.4. É de suma importância que o beneficiário tenha ciência dos credenciamentos hospitalares e serviços de urgência e emergência ocorridos na rede de seu plano.

3.3.6.1.3.5. Não podemos esperar que no momento que o beneficiário, ou familiar, necessite de um atendimento de urgência ele vá consultar o site para ver a rede prestadora.

3.3.6.1.3.6. No que se refere à comunicação ao beneficiário, a proposta sugere alinhar a regra da comunicação de alteração de rede hospitalar com as regras para notificação do beneficiário por inadimplência e suspensão de contratos, que estão sendo normatizadas, e aproximar com as regras de comunicação de alteração de prestadores não-hospitalares.

3.3.6.1.3.7. Além disso, deverão ser comunicadas de forma individualizada ao beneficiário, as exclusões de rede hospitalar e de serviço de urgência e emergência ocorridas dentro do município de contratação do plano.

3.3.6.1.3.8. Adicionalmente, deverá informar, em espaço reservado do seu Portal Corporativo, todas as alterações de rede hospitalar (redimensionamentos, substituições e exclusão parcial de serviços hospitalares e exclusão de serviços de urgência e emergência) ocorridas nos últimos 180 dias, sem prejuízo da comunicação individualizada, com 30 dias de antecedência da vigência da alteração da rede hospitalar.

3.3.6.1.3.9. As formas de comunicação aqui tratadas não eximirá a operadora de atender as demais disposições da RN 285, de 23 de dezembro de 2011.

3.3.6.1.3.10. Observamos que tais regras poderão causar algum impacto administrativo nas operadoras, todavia, nesse caso, o ganho para a sociedade ultrapassa o possível ônus a ser gerado para o ente regulado.

3.3.6.1.4. d) Manutenção do atendimento no caso de credenciamento do prestador hospitalar

3.3.6.1.4.1. Nos casos de alterações de rede credenciada, seja por substituição ou redimensionamento de rede hospitalar, a proposta sugere como inovação, assegurar que as gestantes que desejem realizar o parto no hospital que foi credenciado, no período da sua gestação, sejam lá atendidas para este fim e que a operadora pague as despesas diretamente ao prestador até a alta hospitalar da mãe, e do recém-nascido até o 30º dia.

3.3.6.1.4.2. Para cumprimento dessa obrigação, deverá estar estipulado no contrato com prestadores cláusulas sobre o pagamento desse serviço, inclusive prevendo multa contratual em caso de inobservância por uma das partes nos termos do artigo 16, II da RN nº 363/14.

3.3.6.1.4.3. Todavia, cientes de que tal aditamento poderá causar grande impacto para as operadoras e, considerando as manifestações sobre esses impactos ocorridas na última reunião, informamos que a forma de cumprimento desta exigência está sendo avaliada, sendo aguardada as contribuições que serão encaminhadas por meio da Consulta Pública prevista como próximo passo. O objetivo desta Agência é que o ônus regulatório dessa medida seja o menor possível considerando ao benefício trazido às gestantes.

3.3.6.1.4.4.

4. CONSULTAS PRÉVIAS E OUTRAS FORMAS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL

4.1. Conforme detalhado no item II.I Histórico deste AIR, em 2016, com o objetivo de promover um espaço permanente de discussão com os representantes do setor de saúde suplementar a respeito do tema, foi instituído o Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos.

4.2. Em 2018, a ANS assumiu o compromisso de rediscutir o tema Aperfeiçoamento dos Critérios para Alteração de Rede Hospitalar no eixo Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório da Agenda Regulatória 2019-2021.

4.3. Desta forma, conforme já detalhado anteriormente, o projeto foi retomado por meio dos **Diálogos sobre a Agenda Regulatória**, que consistiram numa série de reuniões, com representantes do setor, para debater sobre os temas da Agenda Regulatória 2019-21 pertinentes à Diretoria de Produtos.

4.4. Mais de 20 entidades que compõem a Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), além de outras convidadas pela DIPRO, participaram dos 19 encontros realizados no segundo semestre

de 2019, sendo concedida oportunidade para que os participantes encaminhassem suas propostas quanto aos temas apresentados.

4.5. Diante dos debates prévios, da discussão com o setor por meio dos Diálogos e das 16 contribuições recebidas, a proposta para análise de substituição e redimensionamento por redução de prestadores hospitalares foi apresentada em 13 de fevereiro de 2020 em uma reunião de Diálogos Regulatórios, para tratar do tema "Aperfeiçoamento dos Critérios para Alteração de Rede Hospitalar".

4.6. A proposta apresentada nessa reunião encontra-se na Nota Técnica nº 139/2019/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO.

4.7. Nessa reunião foi oferecida, novamente, oportunidade para que o setor encaminhasse contribuições e sugestões referentes a proposta apresentada.

4.8. Da análise das 16 contribuições encaminhadas a partir dessa nova oportunidade, a área técnica procedeu os ajustes que julgou pertinentes e apresentou uma proposta através da NOTA TÉCNICA Nº 46/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO.

4.9. Por fim, em reunião virtual ocorrida em 01/07/2020, objetivando uma devolutiva ao setor que participou das discussões, foi apresentada a consolidação das contribuições recebidas, bem como a proposta que seria encaminhada DICOL para autorização de Consulta Pública.

4.10. Conforme pode ser percebido, a construção da proposta foi realizada a partir de ampla discussão com os agentes do mercado (operadoras, prestadores e consumidores), sociedade civil e quadro técnico desta agência realizada em dois momentos temporais distintos. A maioria das sugestões recebidas foi considerada e implementada de alguma forma.

4.11. A íntegra de todas as contribuições encaminhadas encontra-se anexada a este processo, bem como, no documento SEI 17196758, apresentamos um resumo destas contribuições.

4.12. A regulamentação em questão é premente e deverá estar vinculada a adequação do sistema de solicitação de alteração de rede hospitalar que deverá entrar em fase de desenvolvimento das regras para fins de análise de mérito.

5. FORMAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA INICIATIVA

5.1. A proposta final deverá ser implementada por meio normativo, uma vez que a intenção é regulamentar o art. 17 da Lei 9.656/98 e trazer transparência para as regras.

5.2. Importa observar que a regulamentação em questão é premente e deverá estar vinculada a alterações no Sistema de Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar que poderá conter as regras para fins de análise de mérito.

6. FORMAS DE MONITORAMENTO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. A partir da adoção dos novos critérios de análise, serão formulados indicadores para acompanhamento das alterações e da estrutura da rede assistencial atual. Nesse contexto, os pedidos de alteração de rede hospitalar subsidiarão ações de monitoramento do acesso e da estrutura da rede assistencial das operadoras.

6.2. Caso a operadora não comprove as informações prestadas quando do pedido de alteração de rede hospitalar, será configurada infração as normas previstas na RN 124/06, podendo ainda ser sugerida a penalidade pelo art. 37 da RN 124/06.

6.3. Propõe-se que os critérios estabelecidos sejam reavaliados após 2 anos da vigência do novo normativo, a fim de identificar aspectos a serem aprimorados.

6.4. Os critérios de análise aqui propostos têm o objetivo de proporcionar que a análise das alterações ocorridas na rede assistencial hospitalar seja precursora de avanços no setor suplementar de saúde, bem como impulse as operadoras de planos de saúde a organizarem a rede assistencial de forma eficiente, a fim de garantir a cobertura contratada e atender os preceitos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

6.5.

7. CONFORMIDADE COM PADRÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS

7.1. Não se aplica.

8. PERGUNTAS ADICIONAIS QUE ACOMPANHAM O PROJETO NORMATIVO

<p>1. Existe Norma (interna ou externa) relacionada ao tema? (x) sim () não. Em caso positivo, qual? Lei n. 9.656, de 1998, art. 17; Lei n. 9.961/2000, art. 4º, IV ; RN nº 85, de 8 de dezembro de 2004, e suas alterações posteriores; RN nº 89, de 15 de fevereiro de 2005, que dispõe sobre arrecadação de receitas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades as infrações a legislação dos planos privados de assistência a saúde; Nota 393/2010/GGEOP/DIPRO/ANS, de 2010, que tem o objetivo uniformizar os critérios de análise das solicitações de alteração de rede hospitalar por substituição e por redução; Nota 315/2015/GGREP/DIPRO/ANS, que complementa a primeira nota citada com relação aos critérios de substituição de prestador hospitalar; IN/DIPRO nº 46, de 2014, e alterações posteriores, que dispõe sobre as solicitações de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução. RN 365/2014, que dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares; e IN/DIDES 56/2014, que regulamenta o capítulo III da RN 365.</p>
<p>2. Tópicos coincidentes: () em conflito (x) em acordo. Justifique sua resposta.</p>
<p>3. Menção explícita a normas anteriores: (x) sim () não. Justifique sua resposta: O estudo faz menção explícita as notas técnicas que regulam o tema atualmente, bem como com alguns normativos da ANS.</p>
<p>4. Acessibilidade dos normativos: (x) adequada () inadequada. Justifique sua resposta. Os normativos e as notas técnicas estão publicados no site da ANS.</p>
<p>5. Organização dos normativos: () adequada (x) inadequada. Justifique sua resposta. Necessário uma compilação dos normativos.</p>
<p>6. Palavras-chave que sintetizem a norma: (x) sim () não. Quais? Rede hospitalar, substituição, alteração, critérios, redimensionamento.</p>
<p>7. Prazos e/ ou obrigações legais da norma explícitos adequadamente (x) sim () não. Justifique sua resposta. Os normativos da ANS contemplam os prazos adequadamente.</p>



Documento assinado eletronicamente por **FLAVIA ROBERTA ALVES NUNES GOMES, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 08/07/2020, às 22:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Michelle da Silveira Barbosa, Técnico Administrativo**, em 08/07/2020, às 22:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Ribeiro Abib, Gerente de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais**, em 08/07/2020, às 22:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Carla de Figueiredo Soares, Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos**, em 08/07/2020, às 22:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **LIDIA DO CARMO SEQUEIRA DA MOTA, Coordenador(a) de Regulação da Estrutura das Redes Assistenciais**, em 08/07/2020, às 22:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **17274009** e o código CRC **C26B317B**.
