



PROCESSO Nº: 33910.005859/2017-58

NOTA TÉCNICA Nº 139/2019/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO

Interessado: DIRETORIA ADJUNTA DA DIPRO, DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

Assunto: AGENDA REGULATÓRIA 2019/2021 - Tema 3. Aperfeiçoamento dos critérios para alteração de rede hospitalar. Regulamentação dos critérios para análise de substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede hospitalar por redução.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Desde 2016, a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) vem se debruçando em estudos sobre critérios para alteração de rede hospitalar, de forma a trazer mais transparência e segurança ao processo.

1.2. Tendo por premissa básica o estímulo à estruturação de efetivas redes de atenção à saúde no setor suplementar, e de forma a garantir o acesso do beneficiário às coberturas contratadas de forma oportuna, incentivando a qualidade do cuidado.

1.3. Diante do exposto, apresenta-se os novos critérios propostos para análise de substituição e redimensionamento por redução de prestadores hospitalares.

1.4. Ressalta-se que o resultado deste estudo é fruto de uma efetiva participação da sociedade civil e dos entes regulados, como ocorreu nos diálogos sobre a Agenda Regulatória realizados pela DIPRO no período de setembro a dezembro de 2019.

2. EIXO APERFEIÇOAMENTO DO AMBIENTE REGULATÓRIO DA AGENDA REGULATÓRIA 2019-2021

2.1. Em 2018, a ANS assumiu o compromisso de discutir a tema Aperfeiçoamento dos critérios para Alteração de Rede Hospitalar no eixo **Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório da Agenda Regulatória 2019-2021**, e reiniciaram-se as discussões sobre a regulamentação dos citados critérios por meio dos **Diálogos sobre a Agenda Regulatória DIPRO**.

2.2. Os Diálogos sobre a Agenda Regulatória consistiram numa série de reuniões, com representantes do setor, para debater sobre os temas da Agenda Regulatória da ANS 2019-21 pertinentes à Diretoria de Produtos.

2.3. 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,

de forma presencial ou remota, sendo concedida oportunidade para que os participantes encaminhassem suas propostas quanto aos temas apresentados.

2.4. Dentre as entidades para as quais os Temas da DIPRO foram apresentados estão:

- Ministério da Economia/Fazenda;
- Ministério da Economia/Previdência Social;
- Ministério da Economia/Trabalho;
- Ministério da Saúde;
- Ministério da Justiça e Segurança Pública: Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor – Senacon; Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor -DPDC;
- Tribunal de Contas da União – TCU;
- Ministros do Superior Tribunal de Justiça – STJ;
- Senado: Comissão de Assuntos Sociais - CAS; Comissão da Transparência Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor – CTFC;
- Câmara dos Deputados: Comissão de Defesa do Consumidor – CDC; Comissão do Idoso; Comissão da Seguridade Social e da Família;
- Procon Carioca – Prefeitura do Rio;
- Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro;
- Ministério Público do Rio de Janeiro e Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor – MPCON;
- Machado Nunes Advogados;
- Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor - Procon São Paulo;
- Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – Idec;
- Serviço Social da Indústria/Confederação Nacional da Indústria - Sesi/CNI;
- Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC;
- Investidores;
- Entre outros.

2.5. Para o Tema: 3 - "**Aperfeiçoamento dos Critérios para Alteração de Rede Hospitalar**" foram encaminhadas **13 (treze) contribuições**, sendo uma de beneficiário e 12 (doze) de entidades:

- Instituto Oncoguia;
- Unimed do Brasil;

- Fundação PROCON SP;
- Núcleo de Defesa do Consumidor – NUDECON;
- Associação Médica Brasileira – AMB;
- Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG;
- Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFF;
- Federação Nacional de Saúde Suplementar – FenaSaúde;
- Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp;
- Associação Brasileira de Planos de Saúde - Abramge;
- Instituto Brasileiro de Atuaria - IBA; e
- Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica – ABRAMED.

2.6. **A íntegra das contribuições encaminhadas referente ao tema encontra-se anexada a esta Nota, SEI 15254799.**

3. PROPOSTA PARA A REGULAMENTAÇÃO DOS NOVOS CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DE SUBSTITUIÇÃO E REDIMENSIONAMENTO DE REDE HOSPITALAR

3.1. Após a análise das contribuições recebidas, a proposta de novos critérios para alteração de rede hospitalar convergiu para:

(i) Na substituição de rede hospitalar, comparar apenas os serviços hospitalares e considerar suas utilizações;

(ii) No redimensionamento, a utilização da curva ABC para avaliar o grupo de prestadores mais utilizados, em contraposição a regra atual, que permite o redimensionamento da rede apenas quando não haja qualquer internação nos últimos dozes meses que antecedem o pedido de exclusão do prestador;

(iii) A manutenção do atendimento no caso de descredenciamento do prestador hospitalar;

(iv) Possibilidade de o beneficiário realizar portabilidade no caso de descredenciamento de prestador hospitalar;

(v) Regras específicas para alteração de rede hospitalar pelas Autogestões; e

(vi) Os serviços de Urgência e Emergência situados dentro de entidades hospitalares seguirão a regra proposta de exclusão parcial de serviços.

4. SUBSTITUIÇÃO DE ENTIDADES HOSPITALARES - REGRAS PROPOSTAS

4.1. A proposta sugere que a avaliação para fins de equivalência na substituição, considere a utilização dos serviços hospitalares e do atendimento de urgência e emergência.

4.2. Atualmente, a ANS recebe as informações sobre a utilização dos serviços hospitalares por meio da TISS - Troca de Informação de Saúde Suplementar, consolidadas na forma abaixo.

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.

4.4. Na alteração de rede hospitalar por substituição, será possibilitada a indicação de mais de uma entidade hospitalar para exclusão, desde que estejam localizadas no mesmo município.

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.

4.6. Será possibilitada a contratação de outra(s) entidade(s) hospitalar(es), de forma complementar, para fins de substituição de serviços hospitalares que não constem no prestador substituto.

4.7. 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.

4.8. A operadora poderá indicar prestador para substituição já pertencente à rede assistencial do produto, desde que tenha havido a ampliação de serviços hospitalares anteriormente não prestados ou não contratados, nos últimos 90 dias.

5. REDIMENSIONAMENTO DE REDE POR REDUÇÃO - REGRAS PROPOSTAS

5.1. Constituirá impacto sobre a massa assistida, conforme previsão do art. 17 da Lei nº 9.656/98, a exclusão de entidades hospitalares responsáveis por 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)[1].

5.2. 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), ou por fraude ou infração às normas sanitárias e fiscais, não se aplicará a análise de impacto à massa assistida. A operadora deverá possuir documentação que comprove tais motivações.

[1] A curva ABC é um método de classificação de informações, para que se separem os itens de maior importância ou impacto, os quais são normalmente em menor número. Trata-se de classificação estatística, baseada no princípio de Pareto, em que se considera a importância dos materiais, baseada nas quantidades utilizadas e no seu valor. Também pode ser utilizada para classificar clientes em relação aos seus volumes de compras ou em relação à lucratividade proporcionada; classificação de produtos da empresa pela lucratividade proporcionada e outras.

6. MANUTENÇÃO DO ATENDIMENTO NO CASO DE DESCREDENCIAMENTO DO PRESTADOR HOSPITALAR

6.1. Visando evitar a descontinuidade de atendimentos, propõe-se que sejam adotados os procedimentos abaixo nos casos de alterações de rede credenciada, seja por substituição ou redimensionamento de rede hospitalar:

- Assegurar que na hipótese de o credenciamento ocorrer durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora a pagar as despesas até a alta hospitalar, desde que a transferência para outro hospital não seja possível, conforme critério do médico e com a concordância do paciente ou familiares.
- Assegurar que as gestantes que desejem realizar o parto no hospital que foi descredenciado 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.
- Assegurar que os pacientes, no caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos realizados em ambiente hospitalar, permaneçam sendo atendidos nos hospitais que foram descredenciados, após o início do tratamento, até que seja possível a transferência do tratamento para outro prestador, a critério do médico assistente e com a concordância do paciente ou familiares.

7. PORTABILIDADE DOS BENEFICIÁRIOS EM FUNÇÃO DA ALTERAÇÃO DA REDE HOSPITALAR

7.1. As denúncias de beneficiários recebidas pelos canais de atendimento da ANS, referentes à rede credenciada corresponderam, em média, a 10% das reclamações assistenciais. Dessas reclamações observamos que muitas referem o descredenciamento de hospitais tão logo o beneficiário adquire o produto. Ainda que a relação entre operadora e prestador seja contratual, não raro os beneficiários são surpreendidos pela retirada de um prestador que, por vezes, foi decisivo para aquisição do plano de saúde.

7.2. Além disso, a partir da análise dos motivos relatados pelos beneficiários para a busca ou troca de planos de saúde, figura em segundo lugar, com aproximadamente 20% dos relatos, "Rede", perdendo apenas para "a busca por preço menor".

7.3. Com esse olhar, sugere-se a possibilidade dos beneficiários do produto, que tenha sua rede hospitalar alterada, exercerem a portabilidade independente do prazo de permanência no produto.

7.4. Tal possibilidade foi apresentada pela FenaSaúde, Abramge e Oncoguia, que contribuíram no sentido de permitir a portabilidade caso o beneficiário entenda que a alteração da rede tenha prejudicado a sua permanência no produto, ou, alternativamente, isenção da cobrança de qualquer tipo de multa ou imposição de qualquer penalidade por rescisão contratual.

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

7.6. Tendo sido descredenciado um hospital, dentro do referido município, o beneficiário teria 3 meses (90 dias), contados da exclusão do prestador da rede, para solicitar a portabilidade por motivo de alteração de rede credenciada, caso assim deseje.

7.7. Para inclusão deste novo regramento sugere-se a alteração do art. 8º da RN nº 438, de 03 de dezembro de 2018.

8. EXCLUSÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. Sugere-se que a exclusão de serviços de Urgência e Emergência situados dentro de entidades hospitalares obedeça à nova regra de exclusão parcial de serviços, haja vista a importância desse tipo de serviço para os beneficiários.

8.2. Os fatos que subsidiaram a construção deste critério foram (i) o monitoramento das redes assistenciais que esta GEARA vem realizando, (ii) assim como a análise das demandas recebidas pela ANS

por meio dos canais oficiais e (iii) solicitações de reuniões de prestadores e operadoras sobre esta temática.

8.3. Desde 2014, 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 compatibilizar a exclusão de serviços de urgência e emergência hospitalares com as regras dos serviços não hospitalares, além de ter sido a tônica das contribuições o alinhamento entre as regras de alteração de serviços hospitalares e não hospitalares.

9. EXCLUSÃO PARCIAL DE SERVIÇOS HOSPITALARES CONTRATADOS

9.1. Nas entidades hospitalares cujo redimensionamento por redução ocasione impacto sobre a massa assistida não será permitida a exclusão parcial de serviços hospitalares.

9.2. Nesses casos, a eventual exclusão parcial de serviços hospitalares deverá ser acompanhada da respectiva substituição.-

10. QUALIFICAÇÃO DOS PRESTADORES HOSPITALARES

10.1. Os atributos de qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar são instrumentos reconhecidos pela ANS como associados à melhoria da qualidade na atenção à saúde, e apesar da recepção de contribuições no sentido de incluir critérios de qualidade para fins de análise de alteração de rede, consideramos ainda prematura sua inclusão.

10.2. A exemplo do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde – QUALISS, estabelecido pela RN 405/2016, cuja participação é voluntária o que inviabilizaria a comparação entre os prestadores.

10.3. Sendo assim, entendemos pela necessidade de avaliação em momento posterior.

11. COMUNICAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

11.1. No que se refere à comunicação ao beneficiário, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES publicou a RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre substituição de prestadores não hospitalares e às formas de comunicação.

11.2. A IN/DIDES nº 56/2014 regulamentou o CAPÍTULO III da Resolução Normativa - RN nº 365/2014, que dispõe sobre a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares no Portal Corporativo das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

11.3. Nesse contexto, a nossa proposta tem o objetivo de compatibilizar as regras de comunicação de alteração de prestadores hospitalares com aquelas já instituídas para os não hospitalares, respeitando as peculiaridades desses tipos de prestadores de serviço de saúde.

11.4. Optamos, ainda, por alinhar a regra da comunicação de alteração de rede hospitalar, de forma individualizada ao beneficiário, com as regras para notificação do beneficiário por inadimplência e suspensão de contratos, que estão sendo normatizadas.

11.5. Propõe-se que sejam 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.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

12.1. A presente Nota Técnica teve o objetivo de expor uma análise qualitativa das contribuições trazidas pelas entidades e atores que compõem o setor de saúde suplementar em relação ao Tema 3 - Aperfeiçoamento dos Critérios para Alteração de Rede Hospitalar, e consolidar as contribuições recebidas desde as reuniões do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos até os Diálogos sobre a Agenda Regulatória.

12.2. Vale destacar a importância de uma regulamentação para o tema, além da convergência de visões e propostas para o aperfeiçoamento dos critérios atualmente vigentes, ratificando a opção acertada do órgão regulador em escolher o referido tema para debate na Agenda Regulatória 2019/2021.

12.3. Sugere-se que a proposta final seja 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.

12.4. Cumpre-nos alertar que a regulamentação do art. 17 da Lei 9.656/98 a partir dos novos critérios propostos demandará ajustes no Sistema de Alteração de Rede Hospitalar, em maior ou menor monta.

12.5. Por fim, propõe-se o encaminhamento desta Nota Técnica para aprovação superior com sugestão de ampliação da discussão sobre o tema em voga com o setor regulado e a sociedade de uma forma geral.

13. DOCUMENTOS RELACIONADOS:

Contribuições - Diálogos Regulatórios

Resumo das Contribuições - Diálogos Regulatórios



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Ribeiro Abib, Gerente de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais**, em 10/03/2020, às 14:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **FLAVIA ROBERTA ALVES NUNES GOMES, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 10/03/2020, às 14:47, 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 10/03/2020, às 15:04, 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 10/03/2020, às 15:11, 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 11/03/2020, às 11:22, 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 **11606537** e o código CRC **9B174AB1**.

