

Brasília/DF, 03 de março de 2021.

Aos Ilustríssimos Diretores da
Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Dr. Rogério Scarabel Barbosa
Diretor-Presidente Substituto e
Diretor de Normas e Habilitação de Produtos

Dr. Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

Dr. Bruno Martins Rodrigues
Diretor de Gestão Substituto

Dr. Maurício Nunes da Silva
Diretor de Fiscalização Substituto

Dr. César Brenha Rocha Serra
Diretor de Desenvolvimento Setorial Substituto

Ref.: Consulta Pública nº 82/2021 – Aperfeiçoamento dos critérios para as alterações na rede hospitalar - Pedido de Prorrogação de Prazo.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, associação sem fins lucrativos representativa dos hospitais privados do país, inscrita no CNPJ sob o nº 04.832.584/0001-12, com sede na Rua Cincinato Braga, 37, 4º andar, em São Paulo/SP (“ANAHP”); **CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE**, entidade sindical de grau superior, inscrita no CNPJ sob o nº 97.496.574/0001-34, com sede no SRTV/S- Quadra 701, Conjunto E- Ed. Palácio do Rádio I Bl. 3, nº 130, 5º andar, Asa Sul, em Brasília/DF (“CNSaúde”); e **FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS** associação sem fins lucrativos que congrega as instituições hospitalares em âmbito nacional, inscrita no CNPJ sob o nº 62.639.505/0001-58, com sede na SRTVS Qd. 701, Conj E, nº 130, 5º andar, Ed. Palácio do Rádio I, Torre III, em Brasília/DF (“FBH”); todas denominadas em conjunto de “Entidades Signatárias, servem-se da presente para expor e requerer o quanto segue.

Esta D. Agência abriu a Consulta Pública nº 82/2021 para colher contribuições da sociedade civil sobre a alteração da rede hospitalar promovida por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (“OPS”) nos Planos Privados de Assistência à Saúde (“Planos” ou “Produtos”) que operam.

O tema é bastante sensível e desde os primórdios da regulamentação da Saúde Suplementar no país¹, o legislador houve por bem assegurar tratativa diferenciada à rede hospitalar ofertada pelas OPS em seus Produtos.

Além do artigo 17 da Lei nº 9.656/1998, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (“ANS”) editou atos normativos² e notas técnicas para regulamentar a matéria³.

As transformações do setor da saúde nos últimos anos e a necessidade de atualização da regulamentação em vigor levaram esta D. Autarquia a promover a alteração normativa da matéria, com o que as Entidades Signatárias estão de acordo.

A minuta posta em consulta pública, por sua vez, (i) empresta o conceito de Região de Saúde do Sistema Único de Saúde (“SUS”) construído numa lógica que não se coaduna com a Saúde Suplementar e desconsidera estudos já realizados pela ANS sobre a rede assistencial disponível para o setor de Saúde Suplementar; (ii) utiliza conceito de qualidade de forma ampla e diversa do propósito reforçado pela Lei nº 9.656/1998; (iii) não considera, em sua Análise de Impacto Regulatório (“AIR”), alternativas à portabilidade além do município de residência do beneficiário; (iv) apresenta diversas propostas que impactam de forma significativa a saúde suplementar e que não foram objeto da AIR.

(a) Da Região de Saúde como Conceito do SUS e Dos Estudos da ANS sobre Rede Assistencial

Na minuta de resolução posta em Consulta Pública, a ANS se empresta de conceito construído e aplicado na lógica do SUS: a Região de Saúde. Nos termos da notas técnicas que subsidiam a referida Consulta Pública, o principal motivo para utilização desse conceito é a Resolução Normativa nº 259/2011, que, de forma simplificada, determina que a OPS é obrigada a garantir cobertura no Município demandado pertencente à Área Geográfica de Abrangência e de Atuação do Produto e, em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador⁴, deve garantir atendimento: (1º) no prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município da área de atuação do produto; (2º) no prestador integrante ou não da rede assistencial em município limítrofe; e (3º) no prestador integrante ou não da rede assistencial em Região de Saúde.

Notem que a utilização do conceito de Região de Saúde na RN nº 259/2011 é precedida da obrigatoriedade de a OPS cobrir, em caso de inexistência de prestador no Município demandado pertencente à Área Geográfica de Abrangência e da Área de Atuação, da cobertura em prestador localizado no Município Limítrofe ao pretendido.

Na minuta de resolução posta em Consulta Pública, a ANS propõe a utilização de conceito semelhante ao trazido pela RN nº 259/2011 para substituição de rede hospitalar. Contudo, para redimensionamento por redução (alteração muito mais impactante ao beneficiário) a proposta

¹ [Lei nº 9.656/1998, Medida Provisória nº 1.685-5/1998](#) e [Medida Provisória nº 2.177-44/2001](#).

² [Instrução Normativa nº 46/2014](#) e Instrução Normativa nº 54/2018.

³ Nota Técnica nº 393/2010 e Nota Técnica nº 315/2015.

⁴ A RN nº 259/2011 faz diferenciação na cobertura para indisponibilidade e inexistência de prestador, mas as Entidades Signatárias entendem ser desnecessário o detalhamento pormenorizado neste momento.

é que se considere exclusivamente a Região de Saúde como critério territorial para a definição da presença ou não de impacto sobre a massa assistida.

Como já adiantado, a Região de Saúde é conceito construído para o SUS, sistema que é fundamentado⁵ (i) na universalidade da assistência; (ii) na integralidade da assistência, como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços assistenciais; (iii) na descentralização do sistema, com regionalização e hierarquização de serviços de saúde; e (iv) na integração das ações entre os entes federativos.

De fato, o Constituinte Originário, ao criar o SUS, previu a coordenação de esforços de todos os entes federativos para garantia do direito à saúde de toda população. Em sua organização, cada ente federativo formula e aprova, com participação social, os Planos Municipais de Saúde, os Planos Regionais de Saúde e, finalmente, o Plano Nacional de Saúde, para definição da rede assistencial a ser disponibilizada em cada localidade.

É, de fato, uma construção ascendente, do nível local ao federal⁶, que considera (i) a realidade demográfica-epidemiológica de cada localidade e região de saúde; (ii) os serviços disponíveis em cada Município e Região de Saúde; e (iii) a disponibilidade orçamentária para custeio dessas ações⁷.

As Regiões de Saúde propriamente ditas são instituídas pelos Estados em articulação com os Municípios. A rede assistencial, no SUS, é totalmente integrada e fundamentada na referência e contrarreferência⁸, que viabiliza a integração de todas as ações e serviços de saúde disponíveis na federação, independentemente do ente federativo ofertante.

Aliás, a Comissão Intergestores Tripartite (“CIT”), foro de negociação e pactuação entre gestores do SUS⁹, editou a Resolução CIT nº 01/2011 justamente para definir as diretrizes para instituição das Regiões de Saúde no SUS tendo como estrutura mínima as ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde¹⁰.

As Regiões de Saúde são constituídas considerando (i) as identidades culturais, econômicas e sociais; (ii) a rede de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados; (iii) as necessidades econômicas, sociais e de saúde da população da região; e (iv) a pactuação dos fluxos assistenciais, considerando a sistemática da referência e contrarreferência.

Fato é que o SUS é uma política pública que dispõe de uma rede assistencial totalmente interligada, com mecanismo de regulação assistencial específico e critérios de constituição de redes próprios¹¹.

⁵ Artigo 198 da [Constituição Federal](#), Artigo 7º e 8º da [Lei nº 8.080/1990](#).

⁶ Artigo 36 da Lei nº 8.080/1990.

⁷ Lei nº 8.080/1990 e [Decreto nº 7.508/2011](#).

⁸ Inciso III do artigo 14 da Lei nº 8.080/1990

⁹ Artigo 14-A da Lei nº 8.080/1990.

¹⁰ Artigo 5º do Decreto nº 7.508/1990.

¹¹ Os critérios para constituição de Rede Assistencial no SUS é trazido pela Portaria de Consolidação do Ministério da saúde nº 03/2017.

Na AIR elaborada por esta D. Autarquia não foi feito o estudo específico necessário para a demonstração da adequação da utilização da Região de Saúde à Saúde Suplementar. Afinal, diversamente do que ocorre com o SUS, a rede assistencial da Saúde Suplementar não tem por pressuposto a interligação de rede assistencial e a convergência de forças dos integrantes da cadeia para direcionar a trajetória assistencial do paciente por essa rede.

Na verdade, na Saúde Suplementar, o mecanismo de regulação assistencial depende de previsão no contrato de Plano e só pode ser aplicado nos limites traçados no Produto. A referência e contrarreferência tampouco são requisitos à constituição da rede assistencial na Saúde Suplementar. Até a cobertura é diversa da prevista no SUS.

Aliás, em 2015 e 2016, a ANS se debruçou sobre o tema da Rede Assistencial¹² e identificou (i) a existência de vazios assistenciais na Saúde Suplementar; e (ii) a dispersão de prestadores dos serviços privados de saúde no país.

A AIR, por sua vez, não analisou os vazios assistenciais e a concentração de beneficiários para propor critério que atenda às necessidades assistenciais e à realidade epidemiológica da Saúde Suplementar, que não corresponde à realidade do SUS seja na cobertura, seja na distribuição dessa população, seja na trajetória assistencial do paciente.

Diante desse cenário, de ausência de subsídios específicos à Saúde Suplementar que possam embasar a melhor decisão regulatória, as Entidades Signatárias solicitam a esta D. Autarquia a adequação da AIR formulada para que: (i) atualize os estudos de Rede Assistencial já promovidos pela ANS; (ii) adeque a utilização de conceito de Região de Saúde para a Saúde Suplementar para atender às particularidades desse sistema, tendo em conta a estrutura de funcionamento e as coberturas previstas no rol.

Por fim, as Entidades Signatárias também requerem à ANS que analise a razoabilidade na utilização de critérios geográficos diferenciados: (i) para substituição, segue-se o critério Município/ Município Limítrofe/ Região de Saúde; (ii) no redimensionamento por redução, apenas a Região de Saúde; (iii) na portabilidade, o Município de residência do beneficiário; e (iv) na qualidade, hipótese aplicada à substituição, a Região de Saúde.

É preciso que o conceito geográfico utilizado pela Autarquia seja embasado em estudos técnicos que fundamentem a tomada da melhor decisão regulatória.

(b) A Qualidade deve ser Critério de Equivalência para Alteração de Rede Hospitalar

A Lei nº 9.656/1998 impõe a qualidade como um dos critérios de equivalência para alteração de rede hospitalar. Na minutaposta em Consulta Pública, contudo, o critério da qualidade só é

¹² Links de acesso aos estudos:

Estudo de 2015: http://www.ans.gov.br/images/Sr_Felipe_Umeda - Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Semin%C3%A1rio_2016_FINAL.pdf

Estudo de 2016:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/rede_completo_digital.pdf

mantido em um único cenário: na substituição de rede hospitalar a OPS deverá manter NA REGIÃO DE SAÚDE daquele Produto ao menos 1 prestador hospitalar com qualidade.

As Entidades Signatárias entendem que a previsão não se coaduna com o prescrito na Lei nº 9.656/1998, que impõe a manutenção da qualidade como condição necessária à alteração de rede hospitalar, bem como a equivalência entre o prestador que sairá da rede e aquele que assumirá o seu papel.

Outro aspecto que deve ser analisado é a utilização de atributos de qualidade não equivalentes (QUALISS, ONA 1 e ONA 2). Aliás, quanto a esse ponto, a própria ANS reconheceu nas Notas Técnicas que instruíram a Consulta Pública a ausência de equivalência entre eles.

Na AIR elaborada pela ANS não foi apresentada análise de outras certificações disponíveis no setor, cabendo, neste caso, estudo minucioso das alternativas e possíveis impactos para fundamentar a melhor tomada de decisão regulatória.

Pelo exposto, as Entidades Signatárias solicitam a V.Sas. que: (i) a alteração da rede hospitalar, independentemente da natureza da modificação, traga a qualidade como um critério essencial à equivalência; (ii) os atributos de qualidade sejam equivalentes entre si, não sendo possível a equiparação do QUALISS com ONA 1 com ONA 2; e (iii) seja ampliada a AIR para prever outras certificações de qualidade, que não foram objeto de aprofundamento pela ANS até este momento.

(c) A AIR Deve Trazer Análise de Alternativas à Portabilidade, além do Município de Residência do Paciente

Na tentativa de garantir o direito de assistência à saúde dos consumidores, esta D. Autarquia propõe a ampliação do direito de portabilidade. Nos termos da minutaposta em Consulta Pública, será garantida a portabilidade ao consumidor que tiver sofrido com a alteração de rede hospitalar, independentemente do prazo de permanência no produto e faixa de preço.

No caso sob análise, não identificamos na AIR elaborada pela ANS estudo que fundamente a tomada de decisão regulatória no Município de residência do beneficiário. Há de se considerar, para esse caso, que:

- o Município de residência do beneficiário nem sempre corresponde à Área de Atuação ou de Abrangência do Produto, o que pode inviabilizar o exercício do direito;
- quase 68,00 % dos beneficiários de Produtos de Assistência Médica têm vínculo Coletivo Empresarial, de modo que o exercício desse direito pelo beneficiário dependeria da assunção do pagamento direto pelo próprio consumidor. Afinal, quais seriam os empregadores que estariam dispostos a promover a portabilidade para atender a direitos individuais de cada um de seus empregados?

Diante do exposto, de ausência de análise, na AIR, de cenários de portabilidade que prevejam outros critérios geográficos, que não apenas o município de residência, requer a prorrogação da Consulta Pública em discussão para complementação do estudo e posterior deliberação.

(d) Outros Pontos que Impactam a Saúde Suplementar e não foram Objeto da AIR

Além dos aspectos mencionados acima, as Entidades Signatárias apresentam a V.Sas., de forma bastante resumida, propostas na Consulta Pública, mas que não foram objeto de análise detida na AIR, quais sejam:

- (i) Possibilidade de descredenciamento de prestador hospitalar por não hospitalar, possibilitando retirada de serviços especializados como oncologia, quebrando a centralidade do atendimento no paciente;
- (ii) Ausência de previsão de critério de alteração de rede hospitalar focado na especialidade ofertada, essencial ao caminho assistencial do paciente, o que é possível pela utilização do Grupo de Procedimentos previsto no Componente de Representação de Conceitos em saúde do Padrão TISS;
- (iii) A proposta de comunicação ao consumidor é limitada ao redimensionamento por redução, substituições e exclusões dos serviços de urgência e emergência, o que não obedece aos preceitos do Código de Defesa do Consumidor;
- (iv) Não há previsão de transparência de informação acerca dos pedidos de alteração de rede hospitalar processados;
- (v) Ausência de garantia de internação do paciente e da continuidade das pacientes gestantes ao longo da gestação.

(e) Conclusão

Nos termos das Diretrizes Gerais e Guia Orientativo para Elaboração de Impacto Regulatório da Casa Civil, a AIR é um processo de análise baseado em evidências que busca, a partir de um problema regulatório, avaliar os possíveis impactos das ações disponíveis ao agente regulador. No caso sob análise, as Entidades Signatárias reconhecem a dificuldade da regulamentação da matéria e a grande diversidade do país e propõem a esta D. Autarquia a prorrogação da Consulta Pública nº 82/2021 para que a AIR justamente preveja todas as ações disponíveis e os correspondentes impactos.

Como mencionado neste ofício, é fundamental a adequação da AIR para:

- (i) atualizar os estudos de Rede Assistencial já promovidos pela ANS;
- (ii) adequar a utilização de conceito de Região de Saúde para a Saúde Suplementar para atender as particularidades desse sistema, tendo em conta a estrutura de funcionamento e as coberturas previstas no rol;
- (iii) avaliar a razoabilidade na utilização de critérios geográficos diferenciados: (a) para substituição, segue-se o critério Município/ Município Limítrofe/ Região de Saúde; (b) no redimensionamento por redução, apenas a Região de Saúde; (c) na portabilidade, o Município de residência do beneficiário; e (d) na qualidade, hipótese aplicada à substituição, a Região de Saúde.
- (iv) prever outras opções disponíveis de qualificação de rede hospitalar, que não foram objeto de aprofundamento;
- (v) analisar de cenários de portabilidade que prevejam outros critérios geográficos, que não apenas o município de residência;
- (vi) aprofundar a análise dos pontos indicados no item “d” deste ofício.



As Entidades Signatárias também requerem que a minuta posta em Consulta Pública adeque o critério de qualidade ao disposto na Lei nº 9.656/1998, essencial à alteração de rede hospitalar em qualquer cenário.

Por todo exposto, requer-se a prorrogação da minuta posta em Consulta Pública para complementação que viabilize a melhor escolha regulatória por esta D. Autarquia.

Atenciosamente,

Eduardo Rahme Amaro
Presidente do Conselho de Administração
ANAHP

Breno Figueiredo
Presidente da CNSaúde

Adelvânio Francisco Morato
Presidente da FBH