

OFÍCIO: 011/2021/DIREX

Rio de Janeiro, 10 de março de 2021.

Rogério Scarabel Barbosa

Diretor-Presidente Substituto

Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos

Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória

20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

Assunto: Consulta Pública N° 82/21 – Contribuições à proposta de Resolução Normativa que objetiva aperfeiçoar os critérios para as alterações na rede hospitalar

Senhor Diretor,

1. A Federação Nacional de Saúde Suplementar – FenaSaúde, entidade representativa de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, vem por meio do presente, ratificar as contribuições enviadas tempestivamente em 09/03/2021, em formulário próprio, por meio do site institucional da Agência.
2. Por oportuno, a FenaSaúde reitera os cumprimentos pela iniciativa de revisão dos critérios para alteração da rede assistencial hospitalar das operadoras e pela abertura de consulta pública, possibilitando a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de ato normativo, conforme deliberado pela 541ª Reunião da Diretoria Colegiada (DICOL), realizada em 13/01/21.
3. No total, foram encaminhadas pela FenaSaúde 29 sugestões, concentrando-se a maioria em alterações/adequações do texto proposto, salvo alguns casos de exclusões, relacionados a situações já consolidadas, com impactos negativos que superam eventuais benefícios para o setor, conforme será exposto adiante.

4. Em relação à parte preliminar e conceitual do normativo (Capítulo I), foram feitas considerações relacionadas ao alcance da norma (artigo 1º) e aos conceitos definidos no artigo 2º, tendo-se entendido que os produtos customizados com rede estruturada de acordo com as necessidades de contratantes específicos não poderiam ser submetidos às regras gerais de produtos com ampla comercialização. A sugestão apresentada foi no sentido de excepcionar da regra geral, os produtos criados para um público fechado (artigo 1º).
5. Verificou-se, ainda, a necessidade de reestruturação do conceito previsto no artigo 2º, III, para ficar claro que os serviços hospitalares compreendem exclusivamente aqueles prestados no âmbito das internações em entidades hospitalares, como também centros de terapia intensiva, ou similar, e atendimento de urgência e emergência, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, excluindo os serviços ambulatoriais de consultas, \xexamens e terapias. Ainda no artigo 2º, foi apresentada contribuição para exclusão do inciso VIII, pelo fato de a “curva abc”, “análise de Pareto” ou “regra 80/20” não ser apropriada às análises de redimensionamento por redução.
6. No que diz respeito aos artigos 7º, 8º e 9º que regulam os casos de substituição (Seção I, Subseção I), foi consenso entre as associadas, que a avaliação de equivalência de entidades hospitalares deveria levar em consideração não apenas a utilização dos serviços, mas também a contratação, com comprovação por declaração da operadora, uma vez que em determinadas situações o número de utilizações poderia influenciar negativamente na avaliação da equivalência, citando-se como exemplo os casos de cumprimento de decisão judicial e negociação eventual, conforme autorizado pela RN 259/2011).
7. Também foi ponderado, que as hipóteses de substituição por prestador localizado em município limítrofe ou na região de saúde deveriam englobar as situações de impossibilidade de contratação, pois há localidades em que mesmo havendo prestador, por razões comerciais ou impedimentos regulatórios da entidade hospitalar (falta de alvará, por exemplo), não há possibilidade de contratação. Essas situações precisam estar previstas na norma para que ocorra substituição por prestador situado em limítrofe ou na região de saúde, ainda que exigida pela ANS, a comprovação da alegação.

8. Ainda sobre esse ponto, foram destacadas eventuais dificuldades de substituição por prestadores com as certificações exigidas pelos §3º e §4º do artigo 7º, utilizando-se como argumento os dados apresentados na reunião da DIPRO realizada em 21/12/2020, relacionados ao número reduzido de prestadores com as certificações exigidas. Logo, na grande maioria dos casos a regra sugerida não poderia ser aplicada.
9. Quanto à indicação de prestador substituto (artigo 9º), foi recomendado que a comprovação da capacidade de atendimento ocorra também por declaração do prestador, haja vista que algumas ampliações de estrutura não são objeto de aditivo contratual. Tal alteração não traria qualquer prejuízo, pois a RN 259/2011 já garante que sejam cumpridas as regras de atendimento. De toda sorte, a referida formalização, ainda que por declaração, só deverá ser exigida para prestadores que façam parte da rede há mais de 180 dias, devendo ser dispensada daqueles que tenham sido incluídos ou tenham tido a capacidade ampliada dentre desse prazo.
10. A ampliação do prazo de 90 para 180 dias (artigo 9º, II) é devida pois os novos prestadores hospitalares levam em média 180 dias para atingirem o patamar de utilização esperado pelas partes. Ou seja, esse é o prazo para que os beneficiários da operadora o reconheçam como sendo da rede. Por essa razão, 90 dias não é um prazo razoável para que os beneficiários passem a utilizar o prestador, devendo ser ampliado para 180 dias.
11. Em relação aos casos de redimensionamentos por redução (arts. 10 a 13), foi sugerida a substituição do termo “beneficiário” por “contratante”, para que sejam contemplados no artigo 10, os contratos PF e PJ, bem como a retirada da palavra “efetiva”, recomendando-se a criação de padrão de comunicação para as alterações de rede hospitalar através do portal, central de atendimento e PIN-SS, sistema já utilizado pela ANS para as movimentações de rede não hospitalar.
12. Quanto à análise dos critérios para o redimensionamento, a FenaSaúde sugeriu que fosse utilizado método para definição dos itens mais importantes de um conjunto de dados, considerando a participação de cada prestador hospitalar, por plano, no total da quantidade de atendimentos de internação da região de saúde, no percentual de 50%. Entendeu-se que tal patamar é suficiente para preservar a capacidade assistencial sem, no entanto, dar poder de mercado nem criar barreiras comerciais que impeçam a

concorrência nos serviços hospitalares, especialmente naquelas localidades onde a oferta de prestadores é limitada.

13. Outro aspecto considerado foi o volume de atendimentos realizados individualmente pelos prestadores. A avaliação conjunta do número de atendimentos é importante para a preservação da massa assistida, mas haverá casos em que prestadores com um número muito baixo de internações estará contido no conjunto de prestadores que constituem o impacto sobre a massa assistida, ainda que tal percentual seja de 50% como proposto acima. Sugeriu-se também fosse analisado o percentual de atendimentos do prestador, autorizando os descredenciamentos para aqueles com menos 5% (cinco por cento) das internações na região de saúde de um determinado plano ou 12 (doze) internações nos últimos 12 meses.
14. Ponderou-se que a regra proposta privilegiará os prestadores com números expressivos de internações na região, criando impossibilidade de redimensionamento e substituição, com prejuízo à livre concorrência e à livre negociação. Do ponto de vista do beneficiário, essa regra somada à da permissão da portabilidade, poderá gerar concorrência perversa e desleal entre as operadoras, pois o número de internações por produto na maior parte das regiões de saúde é muito pequeno enquadrando os prestadores à mesma condição na curva ABC de modo a impossibilitar o redimensionamento. A regra fará com que as operadoras deixem de comercializar produtos nacionais.
15. Em relação às Seções III e IV, a contribuição da FenaSaúde foi pela exclusão dos artigos 14, 15 e 26 devendo ser mantida a regra já consolidada que permite a exclusão parcial dos serviços contratados, sem a necessidade de substituição por outro prestador, evitando reserva de mercado, com manutenção da qualidade dos serviços oferecidos aos beneficiários. Exigir a comunicação e autorização para as especialidades e serviços (considerando que o prestador permanecerá vinculado à rede) fere o princípio da livre negociação entre as partes, torna o processo extremamente oneroso e de difícil operacionalização - inclusive para a ANS - dificultando consideravelmente a negociação por novos modelos de remuneração e o cumprimento de atributos de qualidade. Logo, não se pode estabelecer uma regra sobre alteração de serviço sem que seja dada às operadoras a possibilidade de gerenciar esses mesmos serviços em cada produto.

16. No que tange à suspensão temporária do atendimento (artigo 16), a contribuição foi apenas em relação à forma de comunicação, recomendando-se a alteração da redação, para que haja padronização via portal, central de atendimento e PIN-SS.
17. Também na Seção V, sugeriu-se a exclusão do artigo 18, em virtude do conflito com o artigo 13, parágrafo 4º, segundo o qual não deveria ser exigida prévia autorização para os casos de redimensionamento por redução quando a solicitação de exclusão de prestador hospitalar fosse motivada por encerramento de atividades da entidade hospitalar (artigo 12). Diante da regra anterior do citado artigo 13, a solução seria a exclusão do artigo 18.
18. Sobre a possibilidade de portabilidade criada pelo descredenciamento de entidade hospitalar, a FenaSaúde entende que a hipótese deva ser retirada, pois ao proceder a alteração de rede, a operadora já terá cumprido todas as exigências, seja por redimensionamento redução ou substituição, não havendo justificativa para que o beneficiário possa se valer do aproveitamento de carência com regras especiais. Alternativamente, recomendou-se que na impossibilidade de exclusão da regra do artigo 19, que deva no mínimo ser exigido que o beneficiário cumpra os requisitos do artigo 3º da RN 438/2018 e que plano de destino possua em sua rede a entidade excluída. Sob tal fundamento, recomendou-se a retirada da norma dos arts. 19 e 27.
19. Em relação ao Capítulo IV, que trata da "Comunicação de Alterações na Rede Assistencial Hospitalar", entendeu-se que as regras já consolidadas para as movimentações da rede não hospitalar, por serem amplas e democráticas, garantem que os contratantes/beneficiários sejam devidamente comunicados. Foi recomendada, portanto, a padronização para todas as alterações de rede da comunicação individual via PIN-SS, além da divulgação por meio do portal e central de atendimento.
20. Com fundamento no argumento acima, a FenaSaúde sugeriu a alteração do artigo 20 e a exclusão do artigo 21, bem como do Anexo, uma vez que todas as regras de comunicação já irão constar no próprio normativo.

21. Finalmente, foi sugerida a alteração da redação do artigo 25, na forma apresentada abaixo, pois para que seja aplicada qualquer penalidade, é imprescindível que haja comprovação de irregularidade, não sendo suficiente a mera identificação de indícios.

Artigo 25º Caso sejam comprovadas incorreções ou omissões nas solicitações de alteração de rede hospitalar a ANS aplicará multa pecuniária prevista no artigo 37 da Resolução Normativa nº 124/06, sem prejuízo das demais penalidades previstas pelo descumprimento desta Resolução.

22. Em relação à vigência da norma, o prazo de 180 dias estabelecido pelo artigo 29 foi considerado insuficiente para implementação das novas regras, as quais demandarão análise dos contratos e ajustes nos sistemas. A sugestão postada via site foi de ampliação para 360 dias.

23. Diante dos apontamentos realizados neste documento, também encaminhados via site institucional desta autarquia, a FenaSaúde espera ter contribuído com o debate para o aperfeiçoamento da regulamentação da ANS e se coloca à disposição da Agência para eventuais questões levantadas que possam não ter sido suficientemente justificadas nas manifestações apresentadas.

Atenciosamente,



VERA VALENTE
Diretora-Executiva