



MINISTÉRIO DA ECONOMIA  
Secretaria Especial de Produtividade, Emprego e Competitividade  
Secretaria de Advocacia da Concorrência e Competitividade  
Subsecretaria de Advocacia da Concorrência  
Coordenação-Geral de Inovação, Indústria de Rede e Saúde

OFÍCIO SEI Nº 63920/2021/ME

Brasília, 15 de março de 2021.

Ao Senhor  
Rogério Scarabel Barbosa  
Diretor-Presidente Substituto  
Agência Nacional da Saúde Suplementar – ANS  
Av. Augusto Severo, nº 84, Edifício Barão de Mauá – Bairro Glória  
CEP: 20021-040  
Rio de Janeiro – RJ  
rogerio.scarabel@ans.gov.br

**Assunto: Contribuição à Consulta Pública ANS nº 82/2021.**

*Referência:* Ao responder este Ofício, favor indicar expressamente o Processo nº 10099.100035/2021-92.

Senhor Diretor-Presidente Substituto,

1. Encaminhamos anexo o Parecer SEI nº 3588/2021/ME, o qual consubstancia as contribuições desta Secretaria à Consulta Pública nº 82/2021, da ANS, que *"dispõe 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; altera a RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, que passa a vigorar acrescida do artigo 88-B; altera a RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências, que passa a vigorar acrescida do Art. 8º A".*
2. Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos adicionais eventualmente julgados necessários.

Anexo:

I - Parecer SEI nº 3588/2021/ME (SEI nº 14200243);

Atenciosamente,

Documento assinado eletronicamente  
**ANDREY VILAS BOAS DE FREITAS**  
Subsecretário de Advocacia da Concorrência



Documento assinado eletronicamente por **Andrey Vilas Boas de Freitas, Subsecretário de Advocacia da Concorrência**, em 15/03/2021, às 15:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.economia.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.economia.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **14335448** e o código CRC **4EE845CF**.

Esplanada dos Ministérios - Bloco J, 7º andar, sala 715, - Bairro Zona Cívico-Administrativa  
CEP 70048-900 - Brasília/DF  
(61) 2027-7717/7240 - e-mail [seae@fazenda.gov.br](mailto:seae@fazenda.gov.br) - [www.economia.gov.br](http://www.economia.gov.br)

Processo nº 10099.100035/2021-92.

SEI nº 14335448



## PARECER SEI Nº 3588/2021/ME

**Assunto:** contribuição à Consulta Pública nº 82/2021, de 14 de janeiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que “*dispõe 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; altera a RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, que passa a vigorar acrescida do artigo 88-B; altera a RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências, que passa a vigorar acrescida do Art. 8º A*”.

### 1 INTRODUÇÃO

1. A Secretaria de Advocacia da Concorrência e Competitividade da Secretaria Especial de Produtividade, Emprego e Competitividade do Ministério da Economia (SEAE/SEPEC/ME) apresenta, por meio desse Parecer, a sua contribuição à Consulta Pública nº 82/2020 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cujo período para participação é de 25 de janeiro de 2021 a 10 de março de 2021, com a intenção de colaborar com o aprimoramento do arcabouço regulatório do setor, nos termos de suas atribuições legais, definidas na Lei nº 12.529, de 30 de novembro de 2011, e no Decreto nº 9.745, de 8 de abril de 2019.

2. A Consulta Pública ora em análise traz proposta de Resolução Normativa (RN) que “*dispõe 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; Altera a RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, que passa a vigorar acrescida do artigo 88-B; Altera a RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências, que passa a vigorar acrescida do Art. 8º A*”.

### 2 ANÁLISE

#### 2.1 JUSTIFICATIVA

3. Segundo a justificativa apresentada pela Agência, as análises para alteração de rede hospitalar utilizam como base as Notas nº 393/2010/GGEOP/DIPRO/ANS e nº 315/2015/GGREP/DIPRO/ANS, ou seja, não possuem normativo específico acerca do tema. Diante

disso, a ANS apontou que tais notas, apesar de estabelecerem maior uniformidade nas análises realizadas, “não estão atualizadas e em sintonia com a evolução regulatória do setor, o que pode dificultar não só a gestão da rede pelas próprias operadoras, bem como o acesso à rede e à cobertura contratadas pelos beneficiários”.

4. Assim, a proposta de aperfeiçoamento dos critérios para análise de rede hospitalar tem por objetivos:

- (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; e
- (4) Melhorar a eficiência da comunicação aos beneficiários sobre as alterações ocorridas na rede credenciada.

5. No âmbito da substituição de entidade hospitalar por redução, a minuta em tela estabelece diretrizes sobre garantia da manutenção dos serviços ou procedimentos definidos no rol mínimo obrigatório e da comunicação efetiva aos beneficiários quanto às alterações. Dessa forma, passa a ser permitido o redimensionamento desde que seja obtida autorização expressa da ANS no sentido de que a alteração não impacta a massa assistida e que a alteração seja efetivamente comunicada aos beneficiários. A análise deverá considerar a ocorrência de impacto quando “o redimensionamento envolver entidades hospitalares responsáveis por até 80% dos atendimentos na sua região de saúde, nos últimos 12 meses, para os planos objetos do redimensionamento (Curva ABC)”. Caso o prestador a ser excluído faça parte do conjunto de prestadores que atendam 80% das internações, mas individualmente possua menos de 5% desses atendimentos, poderá ser descredenciado, uma vez que foi considerado como sem impacto sobre a massa assistida.

6. Além disso, a análise de equivalência das entidades passa a também considerar critérios de qualidade, conforme §§ 3º e 4º do art. 7º:

Art. 7º .....

§1º .....

§2º .....

§3º Caso o produto a ser alterado possua apenas um prestador hospitalar, na sua Região de Saúde, com Certificado de Acreditação no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (Qualiss), ou ONA nível 2 ou ONA nível 1, a substituição deste prestador deverá ser por outro que também possua qualquer um desses atributos de qualificação.

§4º Não se aplicará o critério disposto no §3º deste artigo nos casos de indisponibilidade ou inexistência de prestador para substituição, na Região de Saúde, com Certificado de Acreditação no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (Qualiss), ou ONA nível 2 ou ONA nível 1. Nesses casos, a operadora poderá indicar prestador substituto, sem certificado de qualificação, que atenda aos demais critérios de equivalência dispostos para substituição de prestador hospitalar.

7. Adicionalmente, a proposta dispõe sobre a suspensão temporária de atendimento no prestador hospitalar, motivada pela realização de obra ou reforma no espaço físico do prestador ou em decorrência de intervenção pública, sanitária ou fiscal. Neste caso, a OPS fica desobrigada de solicitar substituição de entidade ou redimensionamento de rede por redução, desde que continue a oferecer a plenitude da cobertura contratada; comunique seus beneficiários sobre a suspensão temporária, com o período estimado e as alternativas disponíveis na rede para atendimento; e mantenha comprovação da suspensão temporária, para fins de eventual fiscalização da ANS.

8. Por fim, a minuta apresentada propõe mecanismo de portabilidade ao beneficiário quando houver descredenciamento de prestador hospitalar, por redimensionamento por redução ou por

substituição, no seu município de residência, independente do prazo de permanência no produto e da faixa de preço. Tal direito pode ser exercido pelo beneficiário no prazo de até 60 dias, contados da ciência do descredenciamento.

## 2.2 ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO (AIR)<sup>[1]</sup>

9. A Análise de Impacto Regulatório (AIR) consiste em um processo sistemático de análise baseado em evidências que busca avaliar, a partir de diagnóstico do problema, os possíveis impactos das alternativas de ação disponíveis, a fim de orientar e subsidiar a tomada de decisão, contribuindo para uma ação regulatória efetiva.

10. No presente caso, a Nota Técnica nº 47/2020/GEARA/GREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, elaborada após consolidação das contribuições do setor<sup>[2]</sup> acerca do tema em discussão, dispõe sobre o impacto regulatório da normatização dos critérios para alteração de rede hospitalar, dando continuidade à AIR realizada pela Agência em 2017, conforme previsto na Agenda Regulatória ANS 2019-2021 e no art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

11. Esta SEAE entende que a identificação do problema foi realizada, mas recomenda que se identifiquem as causas-raízes da questão. A AIR de 2017 apontou o seguinte problema a ser resolvido “*a ANS não acompanha todas as alterações de rede assistencial realizadas pelas operadoras de planos de saúde e a regulamentação atual permite que as operadoras façam alterações na rede de prestadores sem um critério técnico específico, o que pode prejudicar o acesso à rede e à cobertura contratadas pelos beneficiários*”. Já o documento complementar definiu como problema “*os critérios atualmente definidos para alteração de rede hospitalar não permitem às operadoras uma gestão eficiente de sua rede e favorecem à assimetria de informação, na medida em que os beneficiários se deparam com alterações de rede hospitalar de seus planos de saúde sem saberem as regras e condicionantes em que essas alterações foram permitidas*”.

12. Observa-se que as causas levantadas para o último problema acima envolveram baixo conhecimento do setor sobre os critérios de análise, regramentos dispersos em Notas Técnicas e desatualizados com a evolução regulatória do setor e comunicação ao beneficiário insuficiente. Esta SEAE entende que o apontamento da desatualização é uma consequência, e não causa do problema, uma vez que já induz a solução para uma nova regulação, antes de se considerar as alternativas regulatórias disponíveis para sua atuação. Por esse motivo, recomenda-se um aprofundamento da análise, para definição precisa das causas relativas ao problema identificado.

13. Vale lembrar que a DIDES da ANS, em linha com o entendimento desta SEAE, também sugeriu o aprimoramento da identificação do problema, estabelecendo maior clareza sobre a sua extensão ou magnitude, conforme orientação do Guia da Casa Civil (2018).

14. Em relação aos efeitos sobre os agentes afetados, esta SEAE entende que a ANS discriminou claramente os atores onerados com a proposta, uma vez que apresentou o seguinte quadro, com os principais custos do cenário atual, em combinação com os impactos identificados nas alternativas levantadas mais a seguir:

Agente Afetado	Substituição da Rede	Redimensionamento por redução
Beneficiários	As regras atuais favorecem o redimensionamento em detrimento da substituição. Não há regras claras de comunicação eficiente da substituição hospitalar.	Pode ocorrer exclusão dos principais prestadores na região, sem sua substituição. Os beneficiários são surpreendidos, pois não são comunicados da exclusão dos prestadores.
Prestadores	Só pode ser considerado como substituto um prestador que possua todos os serviços do prestador a ser excluído (conforme Anexo IA)	Instabilidade dos principais prestadores

	da IN 46), e que possua quantidade de leitos igual ou superior.	na rede assistencial das operadoras.
Operadoras	<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.</p> <p>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.	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.	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.

Fonte: ANS.

15. Ademais, esta SEAE verificou que os objetivos que se pretende alcançar com a norma proposta (descritos acima no item 2.1) são diretamente relacionados ao problema regulatório identificado, mas não foi avaliada a proporcionalidade entre a necessidade de adoção da medida e de alcance de tais metas.

16. Nesse sentido, observa-se ainda que a AIR formulada pela ANS apresentou apenas dois cenários (*status quo* e a proposta elaborada), não levando em consideração outras possibilidades, dentre elas a de nada fazer, tal como preceitua o Guia da Casa Civil. Assim, quanto à Descrição das possíveis alternativas de ação, esta SEAE reforça a necessidade de levantamento de novas opções regulatórias, em consonância com o já defendido pela DIDES em sua Nota Técnica:

Na nota supracitada é possível verificar que foi apresentado um “cenário atual” frente a uma “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, nos quais se discutiu o tema com os agentes do setor regulado (operadoras, prestadores e consumidores) e da sociedade civil.

Nesse sentido, **enriqueceria o material técnico fundamentador da proposta a observância da recomendação constante das Diretrizes Gerais para elaboração de análise de impacto regulatório editado sob coordenado da Casa Civil da Presidência da República – Diretrizes Gerais de que, para que a AIR seja útil ao processo decisório, é necessário identificar as diferentes possibilidades de se tratar o problema, excluindo aquelas que se mostrarem inviáveis e analisando detalhadamente aquelas que se mostrarem potencialmente eficazes, inclusive no tocante aos possíveis impactos e comparação das alternativas de ação. Contudo, não se verifica a apresentação de proposta alternativas e, consequentemente, os diferentes impactos das alternativas in casu.** [grifo nosso]

17. A ANS comparou os possíveis impactos e as alternativas de ação consideradas, pontuando eventuais efeitos para os cenários de substituição e de redimensionamento de rede hospitalar, conforme tabela abaixo:

	Impacto	Cenário Atual	Proposta
--	---------	---------------	----------

Substituição de Rede Hospitalar	Consumidor	<p>A comparação dos serviços não é feita para todas as substituições comunicadas.</p>	<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 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>
	Operadoras	<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>
	Prestadores	<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>

Redimensionamento de Rede	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.
	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).
	Prestadores	Instabilidade dos principais prestadores na rede assistencial das operadoras.	Maior estabilidade dos principais prestadores na rede assistencial da operadora.

18. Esta SEAE entende que a análise feita pela Agência sobre os impactos para os consumidores no cenário atual configura uma descrição dos fatos observáveis, mas não aponta em que medida a falta de comparação dos serviços em todas as substituições afetam a qualidade ou o preço da assistência prestada a estes beneficiários, bem como com qual frequência foi observada a exclusão dos principais prestadores na região sem sua substituição. O mesmo vale para a descrição da proposta, que também não avalia em que medida o incentivo à substituição de prestadores em relação ao redimensionamento e a proibição da exclusão dos principais prestadores afetam a qualidade ou o preço dos serviços prestados na ótica do consumidor. Em relação aos efeitos sobre as operadoras, não foi comparada a quantidade de prestadores disponíveis em cada região de saúde para indicação de possíveis barreiras decorrentes da mudança do critério de comparação direta do número de leitos para os novos critérios de equivalência, a fim de quantificar a dimensão do problema identificado. Enfim, no âmbito dos prestadores, ainda que seja observada na prática pequena proporção de prestadores qualificados no sistema QUALIS no Brasil, não foram estimados os custos relacionados ao cumprimento dos critérios de qualificação definidos para avaliar a viabilidade de aumentar a concorrência entre estes agentes.

## 2.3 ANÁLISE DE IMPACTO CONCORRENCEIAL

19. Os impactos à concorrência foram avaliados a partir da metodologia desenvolvida pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)<sup>[31]</sup>, que consiste em um conjunto de questões a serem verificadas na análise do impacto de políticas públicas sobre a concorrência. Nesse sentido, os efeitos na concorrência podem ocorrer por meio de:

### A. Limitação no número ou na variedade de empresas.

Este efeito poderá ocorrer caso a proposta:

- A1. Conceda direitos exclusivos a uma única empresa de bens ou serviços;
- A2. Estabeleça um regime de licenciamento ou autorização como requisito de atividade;
- A3. Limite a capacidade de certas empresas de prestar um bem ou serviço;
- A4. Aumente significativamente os custos de entrada ou de saída do mercado;
- A5. Crie uma barreira geográfica que impeça as empresas de oferecer bens, serviços, trabalho ou capital.

### B. Limitação na capacidade das empresas de competirem entre si.

Este efeito poderá ocorrer caso a proposta:

- B1. Limite a capacidade das empresas de definirem preços de bens ou serviços;

B2. Limite a liberdade das empresas na realização de publicidade e marketing de bens ou serviços;

B3. Fixe padrões de qualidade que beneficiem apenas algumas empresas ou que excedam o nível que seria escolhido por consumidores bem informados;

B4. Aumente significativamente o custo de produção de algumas empresas, particularmente dando um tratamento diferente às empresas estabelecidas no mercado (incumbentes) do tratamento dado às novas entrantes.

### **C. Diminuição do incentivo das empresas a competir.**

Este efeito poderá ocorrer caso a proposta:

C1. Estabeleça um regime de autorregulação ou de corregulação;

C2. Exija ou encoraje a publicação de informação sobre as quantidades de produção, preços, vendas ou custos de empresas;

C3. Isente a atividade de um determinado setor ou de um grupo de empresas da aplicação da lei geral de concorrência.

### **D. Limitação na escolha do consumidor e na informação disponível.**

Este efeito poderá ocorrer caso a proposta:

D1. Limite a capacidade dos consumidores de escolherem a empresa à qual adquirir um bem ou serviço;

D2. Reduza a mobilidade dos consumidores entre empresas de bens ou serviços, através do aumento dos custos explícitos ou implícitos de alteração do serviço (*switching costs*);

D3. Altere substancialmente a informação necessária para que os consumidores possam adquirir bens e serviços de forma eficaz.

20. Esta SEAE entende que a norma proposta tem o condão de gerar os efeitos A - de limitação na capacidade das empresas de competirem entre si - e B - de limitação na capacidade das empresas de competirem entre si.

21. Veja-se que a proposta pode favorecer uma única ou poucas empresas e, assim, gerar um desequilíbrio no poder de negociação entre a OPS e o prestador, em especial naquelas regiões em que há apenas um ou poucos hospitais atuantes, cuja exclusão do plano de saúde só será autorizada desde que se cumpram regras de dimensionamento dos atendimentos, regras essas de difícil implementação, tal como destacado pela FENASAÚDE:

Do total de 159 regiões de saúde de atuação da operadora, 58 regiões, ou seja, 36% do total possuem apenas 1 hospital credenciado. Ou seja, nesse caso a regra torna esses prestadores monopolistas de fato e sem possibilidade de substituição. Em 28 regiões, que correspondem a 17,6% do total, existem apenas 2 hospitais credenciados. Dentre essas 28 regiões, 15 delas, que representam 9%, não apresentam hospital com concentração acima de 80%, o que, também, impossibilitaria o redimensionamento. Portanto, **em pelo menos 45% das regiões de saúde acima verificadas, não haveria possibilidade de redimensionamento.** [grifo nosso]

22. Nesse sentido, esta SEAE constata ainda mais uma empecilho para a exclusão ou substituição de um hospital da rede conveniado, ao se exigir que o estabelecimento médico atualmente conveniado ao plano de saúde e aquele que virá a substituí-lo tenham realizados os mesmos procedimentos médicos nos últimos 12 (doze) meses. Como bem pontuado pela ANAHP, existem procedimentos de baixa frequência (i.e. que são feitos com periodicidade superior a 1 ano), o que poderia, portanto, dificultar ou impossibilitar a comparação entre os hospitais e clínicas.

23. Por fim, em relação à definição de novos critérios de qualidade propostos pela norma,

esta SEAE verifica, mais uma vez, o aumento da dificuldade de alteração dos hospitais inseridos na rede conveniada, ao estabelecer que o estabelecimento a substituir o antigo tenha critérios de qualidade verificados de acordo com um certificado emitido pela ANS.

### **3            CONSIDERAÇÕES FINAIS**

24.        Ante o exposto, em relação à análise de impacto regulatório, recomenda que a ANS:
- aprofunde a análise realizada para definição precisa das causas-raízes do problema identificado;
  - apresente outras alternativas de atuação sobre a matéria, conforme orientações do Guia da Casa Civil, eliminando aquelas que se mostrarem inviáveis e detalhando aquelas que se mostrarem potencialmente eficazes, inclusive no tocante aos possíveis impactos e custos associados, de modo a permitir a efetiva comparação das alternativas de ação.
25.        Em relação aos impactos sobre os agentes, recomenda-se que a Agência compare:
- o resultado sobre a qualidade e sobre o preço dos serviços de assistência à saúde no âmbito dos beneficiários;
  - a quantidade de prestadores disponíveis em cada região de saúde que se adequem aos critérios de equivalência disponíveis para as operadoras; e
  - os custos envolvidos para a qualificação dos prestadores, uma vez que há poucos prestadores hospitalares qualificados segundo os critérios da QUALIS.
26.        Do ponto de vista concorrencial, entende-se que a norma proposta pode contribuir para limitar o número ou a variedade de empresas, na medida em que concede direitos exclusivos a uma única empresa de bens ou serviços (efeito A1), e para limitar a capacidade das empresas de competirem entre si, já fixa padrões de qualidade que beneficiem apenas empresas em mercados com maior disponibilidade de prestadores (efeito B3), conforme metodologia desenvolvida pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

À consideração superior,

Documento Assinado Eletronicamente

**JÉSSICA PORTAL MAIA**

Coordenadora de Inovação e Saúde

Documento Assinado Eletronicamente

**MARIANA PICCOLI LINS CAVALCANTI**

Coordenadora-Geral de Inovação, Indústria de Rede e Saúde

De acordo.

Documento Assinado Eletronicamente

**ANDREY VILAS BOAS DE FREITAS**

Subsecretário de Advocacia da Concorrência

[1] Este tópico tem como base o estudo da OCDE intitulado *Recommendation of the Council of the OECD on Improving the Quality of Government Regulation* (1995) e o documento do Governo Federal Diretrizes Gerais e Guia Orientativo para Elaboração de Análise de Impacto Regulatório (2018).

[2] Nota Técnica nº 46/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO consolidou 16 contribuições recebidas das seguintes entidades: Unimed do Brasil; COPASS SAÚDE; CASACARESC; OLIVEIRA RODARTE; Associação de Assistência à Saúde da AMAGIS; ABERTTA SAÚDE; UNIMED CARUARU; Conselho Federal de Odontologia – CFO; Fundação PROCON SP; Federação Nacional de Saúde Suplementar – FenaSaúde; Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG; Diretoria de Fiscalização – DIFIS/ANS; Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP; Associação Brasileira de Planos de Saúde - ABRAMGE; CLIMEPE; e Proteste.

[3] Referência: OCDE (2011). **Guia de Avaliação da Concorrência**. Versão 2.0. Disponível em:  
[<http://www.oecd.org/daf/competition/46969642.pdf>](http://www.oecd.org/daf/competition/46969642.pdf).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Piccoli Lins Cavalcanti, Coordenador(a)-Geral de Inovação, Indústria de Rede e Saúde**, em 15/03/2021, às 14:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andrey Vilas Boas de Freitas, Subsecretário de Advocacia da Concorrência**, em 15/03/2021, às 14:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jéssica Portal Maia, Coordenador(a)**, em 15/03/2021, às 14:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.economia.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.economia.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **14200243** e o código CRC **97EDEC44**.