

DRMS 008/2021

São Paulo, 5 de março de 2021.

A

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS  
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE PRODUTOS - DIPRO  
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - Rio de Janeiro/RJ  
CEP: 20021-040

At. Dr. Rogério Scarabel.

**Assunto: Envio de estudo relativo à Consulta Pública nº 82, especificamente em relação à proposta de redimensionamento de rede por redução**

A UNIMED DO BRASIL - CONF. NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, representante institucional das cooperativas médicas do Sistema Unimed em âmbito nacional, operadora registrada na ANS sob o número 30087-0, por seu Diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços que abaixo subscreve, vem expor para depois solicitar o que se segue:

Em atendimento à solicitação dos servidores da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) nas reuniões que antecederam a Consulta Pública nº 82, encaminhamos anexo estudo realizado pela consultoria atuarial (**anexo I**) da Unimed do Brasil referente ao previsto no art. 13, da minuta da nova Resolução Normativa, que prevê para o Redimensionamento por Redução com aplicação da “Regra de Pareto”.

De plano, cumpre ressaltar que não foi possível vincular esse estudo no site da ANS, em razão do espaço lá concedido, razão pela qual se optou por esse meio.

É importante esclarecer que o estudo tem a finalidade de evidenciar uma restrição/impedimento no pedido de exclusão de entidade hospitalar da operadora, segundo as novas regras propostas na minuta da CP nº 82.

Isto porque, nota-se que a possibilidade de se redimensionar por redução somente será concedida se os recursos estiverem acima de 80% da denominada “Curva ABC”, segundo a quantidade de utilização ou a operadora deverá reduzir apenas recursos que representem até 5% de sua utilização.

Deve-se frisar que os dados utilizados nesse estudo são de 244 hospitais credenciados de cooperativas do Sistema Unimed, no período de janeiro a dezembro de 2019 (utilizar referências do ano de 2020 causaria divergência na fidelidade das informações devido ao impacto da Pandemia nos dados de utilização das operadoras de planos de saúde).

Assim, após as informações iniciais, segue abaixo o resultado da análise:

Porte 2	Benef. por Porte2	Qtde Unimed	Qtde hosp	Hosp/OPS	Qtde atend.	% de hosp para 80%	% de hosp até 5% atend.
1	até 19.999	100	330	3,3	59.795	100,00%	21,01%
2	de 20.000 a 49.999	69	353	5,1	67.978	99,86%	30,84%
3	de 50.000 a 79.999	27	160	5,9	28.634	99,66%	31,23%
4	de 80.000 a 99.999	14	96	6,9	45.483	100,00%	47,88%
5	a partir de 100.000	34	592	17,4	254.717	99,46%	55,12%
<b>Total Geral</b>		<b>244</b>	<b>1.531</b>	<b>6,3</b>	<b>456.607</b>	<b>99,85%</b>	<b>31,22%</b>

Resultados por Porte ANS:

Porte ANS	Benef. por Porte ANS	Qtde Unimed	Qtde hosp.	Hosp/OPS	Qtde atend.	% de hosp para 80%	% de hosp até 5% atend.
1	até 19.999	100	330	3,3	59.795	100,00%	55,12%
2	de 20.000 a 79.999	110	609	5,5	142.095	99,83%	33,10%
3	a partir de 100.000	34	592	17,4	254.717	99,46%	21,01%
<b>Total Geral</b>		<b>244</b>	<b>1.531</b>	<b>6,3</b>	<b>456.607</b>	<b>99,85%</b>	<b>31,22%</b>

Assim, considerando a “Curva ABC” de 80% constante na proposta de normatização, fica evidente a mencionada limitação, pois independentemente do porte, nenhuma operadora atingirá 80% dos atendimentos com menos de 90% dos recursos credenciados.

Ademais, é nítido com as informações acima colacionadas que apenas 7 operadoras, das 244 estudadas (2,87%), utilizará entre 90% e 100% dos recursos credenciados para atingir 80% dos

atendimentos. Desta forma quase todos os recursos estariam impedidos frente a uma possibilidade de redimensionamento por redução.

Não obstante, o estudo demonstra algo a mais a se pensar. A possibilidade prevista no parágrafo 3º do artigo 13 da minuta, sugere que poderia ser realizado o Redimensionamento por Redução com o recurso que represente até 5% dos atendimentos. No entanto, podemos extrair das tabelas acima as seguintes conclusões.

Cerca de 55,12% dos hospitais credenciados para operadoras de pequeno porte têm até 5% do atendimento total da operadora, entretanto, este percentual, apesar de parecer alto quando comparado a quantidade de hospitais credenciados e vinculados ao plano registrado na ANS, é muito pequeno, sendo a maioria deles com credenciamento parcial.

Nesse sentido, resta evidente que tal previsão normativa “engessa a operadora” quando essa possui poucos hospitais credenciados para todas as patologias, de modo que estes sim, superam em muito o percentual de 5% dos atendimentos.

Desta forma a regra dos 5% atende apenas aos recursos credenciados de forma parcial, muitas vezes para um procedimento muito específico, não atendendo a finalidade que em tese a reguladora gostaria de atingir.

Ademais, não se pode esquecer o que preconiza o artigo 4º da Lei 13874/19, a Lei de Liberdade Econômica. O órgão público deve estimular a concorrência e não criar *reserva de mercado ao favorecer, na regulação, grupo econômico, ou profissional, em prejuízo dos demais concorrentes*. A operadora não deveria ser obrigada a manter um contrato com um hospital, muitas vezes a pedido de próprio prestador, em decorrência de regras regulatórias que inviabilizam a concorrência e liberdade de contratação, conforme demonstram os dados acima expostos e constantes no **anexo I**.

Oportunamente, aproveitamos para encaminhar também nesse formato as contribuições que já foram vinculadas ao site da ANS (**anexo II**), corroborando com as informações acima esclarecidas.

Por todo o exposto, reitera sejam avaliados e criticados os pontos apresentados no estudo anexo, bem como as contribuições referentes à Consulta Pública nº 82, renovando protestos de estima e consideração.

Termos em que,  
pede deferimento.

Paulo Roberto de Oliveira Webster

Diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços

Paulo roberto  
Oliveira webster

Assinado de forma digital por  
Paulo roberto Oliveira webster  
Dados: 2021.03.05 15:38:33  
-03'00'

Porte 2	Benef. Por Porte2	Qtde Unime	qtde hosp	Hosp/Oper	qtde atend.
	1 até 19.999	100	330	3,3	59.795
	2 de 20.000 a 49.999	69	353	5,1	67.978
	3 de 50.000 a 79.999	27	160	5,9	28.634
	4 de 80.000 a 99.9999	14	96	6,9	45.483
	5 a partir de 100.000	34	592	17,4	254.717
<b>Total Geral</b>		<b>244</b>	<b>1.531</b>	<b>6,3</b>	<b>456.607</b>

Porte ANS	Benef. Por Porte ANS	Qtde Unime	qtde hosp	Hosp/Oper	qtde atend.
1	até 19.999	100	330	3,3	59.795
2	de 20.000 a 79.999	110	609	5,5	142.095
3	a partir de 100.000	34	592	17,4	254.717
<b>Total Geral</b>		<b>244</b>	<b>1.531</b>	<b>6,3</b>	<b>456.607</b>

Unimed	Porte 2	Porte ANS	qtde hosp	qtde atend.	qtde hosp 80%
148		1 Pequeno	13	492	13
117		1 Pequeno	10	1.659	10
135		1 Pequeno	9	1.183	9
220		1 Pequeno	9	1.431	9
300		1 Pequeno	8	677	8
168		1 Pequeno	7	2.183	7
141		1 Pequeno	6	471	6
200		1 Pequeno	6	403	6
223		1 Pequeno	6	1.636	6
267		1 Pequeno	6	923	6
335		1 Pequeno	6	878	6
20		1 Pequeno	5	1.502	5
61		1 Pequeno	5	802	5
73		1 Pequeno	5	641	5
104		1 Pequeno	5	246	5
157		1 Pequeno	5	783	5
172		1 Pequeno	5	403	5
315		1 Pequeno	5	432	5
326		1 Pequeno	5	660	5
489		1 Pequeno	5	947	5
40		1 Pequeno	4	1.361	4
52		1 Pequeno	4	2.974	4
77		1 Pequeno	4	2.738	4
100		1 Pequeno	4	435	4
126		1 Pequeno	4	2.650	4
128		1 Pequeno	4	540	4
130		1 Pequeno	4	633	4
181		1 Pequeno	4	33	4

229	1 Pequeno	4	271	4
232	1 Pequeno	4	957	4
240	1 Pequeno	4	624	4
244	1 Pequeno	4	1.385	4
248	1 Pequeno	4	782	4
256	1 Pequeno	4	287	4
260	1 Pequeno	4	75	4
271	1 Pequeno	4	313	4
303	1 Pequeno	4	461	4
324	1 Pequeno	4	879	4
325	1 Pequeno	4	638	4
329	1 Pequeno	4	290	4
331	1 Pequeno	4	544	4
68	1 Pequeno	3	500	3
105	1 Pequeno	3	601	3
122	1 Pequeno	3	167	3
125	1 Pequeno	3	2.644	3
142	1 Pequeno	3	150	3
155	1 Pequeno	3	755	3
166	1 Pequeno	3	804	3
182	1 Pequeno	3	247	3
193	1 Pequeno	3	679	3
203	1 Pequeno	3	352	3
237	1 Pequeno	3	876	3
239	1 Pequeno	3	231	3
249	1 Pequeno	3	342	3
257	1 Pequeno	3	1.242	3
270	1 Pequeno	3	354	3
274	1 Pequeno	3	40	3
288	1 Pequeno	3	1.424	3
289	1 Pequeno	3	394	3
312	1 Pequeno	3	724	3
109	1 Pequeno	2	170	2
132	1 Pequeno	2	43	2
173	1 Pequeno	2	320	2
189	1 Pequeno	2	346	2
207	1 Pequeno	2	127	2
208	1 Pequeno	2	1.173	2
234	1 Pequeno	2	52	2
235	1 Pequeno	2	878	2
241	1 Pequeno	2	335	2
247	1 Pequeno	2	61	2
262	1 Pequeno	2	23	2
275	1 Pequeno	2	203	2
293	1 Pequeno	2	55	2
305	1 Pequeno	2	184	2
320	1 Pequeno	2	658	2
328	1 Pequeno	2	196	2
332	1 Pequeno	2	307	2
637	1 Pequeno	2	59	2

57	1 Pequeno	1	51	1
86	1 Pequeno	1	109	1
138	1 Pequeno	1	138	1
147	1 Pequeno	1	287	1
153	1 Pequeno	1	146	1
185	1 Pequeno	1	248	1
197	1 Pequeno	1	6	1
226	1 Pequeno	1	205	1
231	1 Pequeno	1	983	1
246	1 Pequeno	1	103	1
250	1 Pequeno	1	280	1
253	1 Pequeno	1	91	1
255	1 Pequeno	1	26	1
258	1 Pequeno	1	138	1
259	1 Pequeno	1	284	1
295	1 Pequeno	1	145	1
296	1 Pequeno	1	8	1
310	1 Pequeno	1	149	1
318	1 Pequeno	1	38	1
330	1 Pequeno	1	457	1
339	1 Pequeno	1	717	1
534	1 Pequeno	1	248	1
202	2 Médio	17	927	17
42	2 Médio	14	6.001	14
45	2 Médio	11	2.483	11
74	2 Médio	11	2.043	11
171	2 Médio	11	883	11
76	2 Médio	10	66	9
115	2 Médio	10	3.440	10
163	2 Médio	10	525	10
28	2 Médio	9	1.143	9
36	2 Médio	9	506	9
102	2 Médio	9	1.026	9
16	2 Médio	8	291	8
43	2 Médio	8	812	8
85	2 Médio	8	2.841	8
152	2 Médio	8	586	8
186	2 Médio	8	2.302	8
111	2 Médio	7	405	7
187	2 Médio	7	1.185	7
217	2 Médio	7	677	7
340	2 Médio	7	2.503	7
78	2 Médio	6	1.535	6
94	2 Médio	6	781	6
205	2 Médio	6	814	6
277	2 Médio	6	422	6
286	2 Médio	6	1.889	6
50	2 Médio	5	582	5
116	2 Médio	5	1.281	5
150	2 Médio	5	65	5

177	2 Médio	5	2.737	5
192	2 Médio	5	1.212	5
221	2 Médio	5	715	5
224	2 Médio	5	1.296	5
282	2 Médio	5	124	5
988	2 Médio	5	607	5
38	2 Médio	4	2.230	4
120	2 Médio	4	549	4
137	2 Médio	4	610	4
160	2 Médio	4	1.115	4
164	2 Médio	4	258	4
199	2 Médio	4	188	4
252	2 Médio	4	999	4
540	2 Médio	4	1.523	4
47	2 Médio	3	70	3
72	2 Médio	3	230	3
106	2 Médio	3	1.497	3
107	2 Médio	3	569	3
145	2 Médio	3	1.115	3
151	2 Médio	3	1.469	3
178	2 Médio	3	3.283	3
183	2 Médio	3	204	3
222	2 Médio	3	745	3
291	2 Médio	3	591	3
35	2 Médio	2	303	2
93	2 Médio	2	99	2
98	2 Médio	2	587	2
165	2 Médio	2	24	2
190	2 Médio	2	94	2
196	2 Médio	2	64	2
233	2 Médio	2	350	2
272	2 Médio	2	691	2
304	2 Médio	2	359	2
531	2 Médio	2	479	2
12	2 Médio	1	34	1
24	2 Médio	1	4	1
81	2 Médio	1	1.873	1
238	2 Médio	1	183	1
266	2 Médio	1	168	1
854	2 Médio	1	24	1
980	2 Médio	1	692	1
31	3 Médio	16	910	16
156	3 Médio	13	769	13
236	3 Médio	11	383	10
54	3 Médio	10	1.630	10
971	3 Médio	9	867	9
18	3 Médio	8	1.021	8
19	3 Médio	8	1.438	8
23	3 Médio	8	7.729	8
146	3 Médio	8	1.852	8



198	3 Médio	8	844	8
69	3 Médio	7	839	7
210	3 Médio	7	36	7
254	3 Médio	7	490	7
279	3 Médio	7	3.737	7
9	3 Médio	5	369	5
174	3 Médio	5	558	5
242	3 Médio	4	601	4
284	3 Médio	4	380	4
227	3 Médio	3	136	3
55	3 Médio	2	1.262	2
139	3 Médio	2	371	2
179	3 Médio	2	612	2
979	3 Médio	2	260	2
82	3 Médio	1	72	1
140	3 Médio	1	496	1
180	3 Médio	1	790	1
228	3 Médio	1	182	1
158	4 Médio	15	8.693	15
176	4 Médio	13	857	13
44	4 Médio	12	4.729	12
21	4 Médio	10	3.072	10
108	4 Médio	7	4.361	7
14	4 Médio	6	11.422	6
22	4 Médio	6	1.300	6
92	4 Médio	6	5.076	6
201	4 Médio	5	2.090	5
99	4 Médio	4	174	4
127	4 Médio	4	1.276	4
13	4 Médio	3	871	3
15	4 Médio	3	946	3
58	4 Médio	2	616	2
865	5 Grande	106	36.004	105
37	5 Grande	52	14.565	51
32	5 Grande	35	25.619	35
976	5 Grande	28	3.148	27
6	5 Grande	27	23.867	27
29	5 Grande	24	2.997	24
2	5 Grande	21	14.943	21
17	5 Grande	21	14.682	20
34	5 Grande	21	4.613	21
80	5 Grande	21	4.162	21
48	5 Grande	20	24.143	20
64	5 Grande	20	4.939	20
5	5 Grande	17	7.444	17
30	5 Grande	17	6.992	17
144	5 Grande	16	3.325	16
25	5 Grande	15	5.534	15
4	5 Grande	14	3.024	13
8	5 Grande	12	4.752	12

41		5 Grande	12	1.178	12
49		5 Grande	12	8.376	12
56		5 Grande	12	9.550	12
65		5 Grande	12	2.413	12
97		5 Grande	10	8.746	10
3		5 Grande	8	600	8
1		5 Grande	7	5.223	7
26		5 Grande	7	1.625	7
88		5 Grande	6	2.597	6
63		5 Grande	5	5.994	5
33		5 Grande	3	576	3
970		5 Grande	3	258	3
975		5 Grande	3	450	3
51		5 Grande	2	1.354	2
62		5 Grande	2	1.011	2
27		5 Grande	1	13	1
Total Geral	#N/D	#N/D	<b>1.531</b>	<b>456.607</b>	

% de hosp para 80%	% de hosp até 5% atend.
100,00%	21,01%
99,86%	30,84%
99,66%	31,23%
100,00%	47,88%
99,46%	55,12%
<b>99,85%</b>	<b>31,22%</b>

% de hosp para 80%	% de hosp até 5% atend.
100,00%	55,12%
99,83%	33,10%
99,46%	21,01%
<b>99,85%</b>	<b>31,22%</b>

% de hosp 80%	qtde até 5%	% até 5%
100,00%	9	69,23%
100,00%	4	40,00%
100,00%	4	44,44%
100,00%	5	55,56%
100,00%	5	62,50%
100,00%	5	71,43%
100,00%	1	16,67%
100,00%	5	83,33%
100,00%	2	33,33%
100,00%	2	33,33%
100,00%	3	50,00%
100,00%	2	40,00%
100,00%	3	60,00%
100,00%	4	80,00%
100,00%	3	60,00%
100,00%	1	20,00%
100,00%	2	40,00%
100,00%	2	40,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	3	60,00%
100,00%	2	50,00%
100,00%	1	25,00%
100,00%	2	50,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	1	25,00%
100,00%	1	25,00%
100,00%	3	75,00%
100,00%	-	0,00%

[illegible]

100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	13	76,47%
100,00%	11	78,57%
100,00%	9	81,82%
100,00%	7	63,64%
100,00%	4	36,36%
90,00%	2	20,00%
100,00%	4	40,00%
100,00%	4	40,00%
100,00%	7	77,78%
100,00%	5	55,56%
100,00%	5	55,56%
100,00%	5	62,50%
100,00%	5	62,50%
100,00%	6	75,00%
100,00%	3	37,50%
100,00%	5	62,50%
100,00%	3	42,86%
100,00%	4	57,14%
100,00%	4	57,14%
100,00%	5	71,43%
100,00%	4	66,67%
100,00%	3	50,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	2	33,33%
100,00%	2	33,33%
100,00%	2	40,00%
100,00%	1	20,00%
100,00%	1	20,00%

100,00%	1	20,00%
100,00%	2	40,00%
100,00%	3	60,00%
100,00%	1	20,00%
100,00%	1	20,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	1	25,00%
100,00%	2	50,00%
100,00%	1	25,00%
100,00%	2	50,00%
100,00%	1	25,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	2	50,00%
100,00%	1	25,00%
100,00%	2	66,67%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	1	33,33%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	1	33,33%
100,00%	2	66,67%
100,00%	-	0,00%
100,00%	1	50,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	1	50,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	9	56,25%
100,00%	10	76,92%
90,91%	4	36,36%
100,00%	6	60,00%
100,00%	5	55,56%
100,00%	3	37,50%
100,00%	3	37,50%
100,00%	4	50,00%
100,00%	5	62,50%

100,00%	6	75,00%
100,00%	2	28,57%
100,00%	-	0,00%
100,00%	2	28,57%
100,00%	2	28,57%
100,00%	3	60,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	1	25,00%
100,00%	1	25,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	1	50,00%
100,00%	1	50,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	11	73,33%
100,00%	8	61,54%
100,00%	9	75,00%
100,00%	6	60,00%
100,00%	4	57,14%
100,00%	1	16,67%
100,00%	5	83,33%
100,00%	2	33,33%
100,00%	3	60,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	2	50,00%
100,00%	1	33,33%
100,00%	2	66,67%
100,00%	-	0,00%
99,06%	104	98,11%
98,08%	47	90,38%
100,00%	28	80,00%
96,43%	22	78,57%
100,00%	22	81,48%
100,00%	19	79,17%
100,00%	15	71,43%
95,24%	16	76,19%
100,00%	16	76,19%
100,00%	17	80,95%
100,00%	15	75,00%
100,00%	13	65,00%
100,00%	11	64,71%
100,00%	11	64,71%
100,00%	12	75,00%
100,00%	8	53,33%
92,86%	8	57,14%
100,00%	9	75,00%

100,00%	5	41,67%
100,00%	9	75,00%
100,00%	7	58,33%
100,00%	8	66,67%
100,00%	5	50,00%
100,00%	4	50,00%
100,00%	3	42,86%
100,00%	4	57,14%
100,00%	3	50,00%
100,00%	2	40,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%
100,00%	-	0,00%

#N/D

#N/D



MINUTA DE RN - RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº	Tipo (Alteração, Inclusão ou Exclusão)	Justificativa
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.		
A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os ar(gos 1º e 3º, incisos IV, XXIV e XXV do ar(go 4º e inciso II do ar(go 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada em XX de XXXXX de 20XX, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.		
<b>CAPÍTULO I</b> <b>DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES</b>		
Parágrafo único. As alterações na rede assistencial hospitalar referidas no caput configuram alterações no registro de produto.		
<b>Seção I</b> <b>Dos Conceitos</b>		
Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:		
I - Rede Assistencial - conjunto de estabelecimentos de saúde, equipamentos e recursos humanos, próprios, contratados, referenciados, credenciados ou cooperados de uma operadora de plano de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção,	<b>Alteração</b>	<b>Proposta:</b> Excluir do texto do inciso I a indicação: "equipamentos e recursos humanos".  <b>Justificativa:</b> Segundo a Lei 9.961/00, não faz parte da competência legal da ANS regular equipamentos e recursos humanos, portanto, entende-se que esses itens devem ser retirados da definição. Além disso, a

diagnóstico, tratamento e reabilitação, de modo a atender às necessidades de saúde dessa população;		norma em questão trata de substituição e redimensionamento de recursos hospitalares, o que ratifica a necessidade de revisão da conceituação proposta.
II - Entidade Hospitalar - estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa;		
III - Serviços hospitalares - compreendem, no âmbito das internações hospitalares, as clínicas básicas e especializadas, bem como centro de terapia intensiva, ou similar, e atendimento de urgência e emergência, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina;	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> alterar a redação do inciso III, com acréscimo da frase: <b>“com cadastro válido e vigente no Ministério da Saúde”</b>.</p> <p>“III - Serviços hospitalares - compreendem, no âmbito das internações hospitalares, as clínicas básicas e especializadas, bem como centro de terapia intensiva, ou similar, e atendimento de urgência e emergência, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina <b>com cadastro válido e vigente no Ministério da Saúde</b>”;</p> <p><b>Justificativa:</b> Visa mitigar a necessidade de constantes atualizações no aplicativo RPS-web ou ainda a viabilização de substituições e redimensionamentos no que diz respeito aos prestadores com cadastro desatualizado ou inativado. Se o próprio Ministério da Saúde não reconhece a existência ou atualização de determinado prestador hospitalar, ele por si só já não deveria constar na rede de prestadores da operadora e, tampouco, ser objeto de substituição ou redimensionamento.</p> <p>A ANS é vinculada ao Ministério da Saúde e deve atuar em harmonia com as diretrizes editadas por essa pasta. O que não vale para o Ministério da Saúde não deveria valer para ANS.</p>
	<b>Inclusão</b>	<p><b>Proposta:</b> incluir um inciso e alíneas para conceituação e esclarecimentos dos serviços oferecidos, com o seguinte acréscimo:</p> <p><b>“A disponibilidade dos serviços pode ser:</b></p> <p><b>a) Total: contratação de todos os serviços disponibilizados pela entidade hospitalar; ou</b></p>

		<p><b>b) Parcial: contratação de parte dos serviços disponibilizados pela entidade hospitalar”.</b></p> <p><b>Justificativa:</b> O texto proposto não conceitua os tipos de contratação dos serviços hospitalares. Em que pese a manutenção da IN/DIPRO nº 46/14, entende-se que uma RN tem o condão de estabelecer as linhas gerais, conceitos e definições.</p>
IV - Substituição de Entidade Hospitalar - troca de uma unidade hospitalar por outra(s) equivalente(s);		
V - Prestador substituto - prestador de serviços de atenção à saúde indicado pela operadora para substituir a entidade hospitalar a ser excluída;	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> Alteração do texto normativo para: “Prestador ou Prestadores de serviços de atenção à saúde indicados pela operadora para substituir a entidade hospitalar a ser excluída”.</p> <p><b>Justificativa:</b> No conceito deve ficar claro que a operadora pode indicar um ou mais prestadores como substitutos, tal como foi exaustivamente discutido no grupo técnico. Podem ser indicados quantos forem necessários para garantia dos critérios de compatibilização da utilização. Isso possibilita à operadora a substituição de forma facilitada, bem como torna o período de utilização do beneficiário mais ágil. Garantia de acesso com mais efetividade. No artigo 9º da minuta, será realizada proposta no mesmo sentido.</p>
VI - Redimensionamento da Rede Hospitalar por Redução - supressão de estabelecimento hospitalar da rede do produto;		
VII - Suspensão Temporária do Atendimento Hospitalar - suspensão das atividades de uma entidade hospitalar, por determinado período, podendo ser motivada pela realização de obra ou reforma no espaço físico do prestador ou em decorrência de intervenção pública, sanitária ou fiscal.; e	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> alterar a redação do inciso VII, da seguinte forma:</p> <p>“VII - Suspensão Temporária do Atendimento Hospitalar - suspensão das atividades de uma entidade hospitalar, por determinado período, podendo ser motivada pela realização de obra ou reforma no espaço físico do prestador ou em decorrência de intervenção pública, sanitária ou fiscal; <b>pela inexistência de Alvará da Vigilância Sanitária e/ou Alvará de Localização e Funcionamento válido; ou por comprovado descumprimento de cláusula/exigência contratualmente prevista”.</b></p> <p><b>Justificativa:</b> Alteração necessária para abranger situações que não estão previstas na norma e que</p>

		<p>deixam as operadoras sem qualquer possibilidade de suspender o atendimento nos casos de inobservância de termos e condições técnicas e operacionais previstas no contrato firmado entre operadora e prestador. Alguns exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- falta de segurança do paciente devidamente comprovada pela operadora;</li> <li>- documentação irregular do prestador, como Alvará da Vigilância Sanitária e/ou Alvará de Localização e Funcionamento expedido pela prefeitura vencidos; há outros documentos, mas de menor significância no contexto, que não seriam motivo para suspensão de atendimento (Contrato Social da Pessoa Jurídica desatualizado; CNPJ desatualizado; CNES desatualizado, mas que têm impacto no cadastro do prestador junto à ANS);</li> <li>- fraude cometida pelo prestador em conta hospitalar, comprovada pela operadora;</li> <li>- troca de mantenedora pelo prestador, que demora meses para ser concretizada, ficando o cadastro do prestador desatualizado por um longo período (pode haver impacto em questões fiscais e tributárias em função da alteração de CNPJ).</li> </ul> <p>Se existir no contrato com o prestador a possibilidade de suspensão do atendimento por outros motivos que não estão na proposta da RN, em tese, haveria margem para suposta infração por parte da operadora, considerando uma irregularidade contratual. Ademais, a necessidade de que sejam apresentados alvarás válidos, por exemplo, visa proteger não somente a Operadora, por conta de sua corresponsabilidade ao disponibilizar um prestador "inapto", mas também a saúde do beneficiário.</p>
VIII - Curva ABC: também chamada de análise de Pareto ou regra 80/20, é um método de categorização cujo objetivo é determinar quais são os itens mais importantes de um conjunto de dados. Na regra de alteração de rede hospitalar, a metodologia auxiliará no conhecimento do percentual de participação de cada prestador, por plano, no total de atendimentos de internação da Região de Saúde.	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> Alteração da redação no inciso VII, para incluir definições sobre as classes da Curva ABC, melhorando o entendimento do setor acerca da regra a ser utilizada.</p> <p>"no total de atendimentos de internação da Região de Saúde" (...)</p>

		<p>As letras A-B-C representam as seguintes classes dos prestadores, com base na sua importância:</p> <p><b>Classe A:</b> É o agrupamento de uma pequena porcentagem de prestadores, responsável por um grande número de internações no plano. Cada prestador possui seu percentual específico, mas, normalmente, apenas estão classificados nesse grupo até 20% dos prestadores. Esses prestadores, comumente, são responsáveis por até 80% da concentração de internações;</p> <p><b>Classe B:</b> Essa classe conta com 30% dos prestadores categorizados e costuma representar 15% das internações no plano. Ou seja, ficam com um percentual intermediário de importância na rede do plano.</p> <p><b>Classe C:</b> Representa a maior parte dos prestadores, algo em torno de 50%, mas possui pouca representatividade de utilização por parte das operadoras, ficando com apenas com aproximadamente 5% das internações.</p> <p><b>Justificativa:</b> Há necessidade de definições das classes A, B e C e da Região de Saúde, ambas relevantes no processo de redimensionamento de rede e substituição hospitalar, utilizadas pelo órgão regulador.</p>
	<b>Inclusão</b>	<p><b>Proposta:</b> incluir dois incisos contendo conceitos para melhor entendimento e embasamento técnico, conforme a seguir:</p> <p><b>IX - Região de Saúde:</b> É um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;</p> <p><b>X - Indisponibilidade de prestador substituto:</b> Impossibilidade para a contratualização, devido à capacidade de atendimento já comprometida ou à ausência de interesse do prestador em firmar contrato com a operadora.</p> <p><b>Justificativa:</b> Há necessidade de definições, ambas relevantes no processo de redimensionamento de rede e substituição hospitalar, utilizadas pelo órgão regulador.</p>
<b>Seção II</b> <b>Da Responsabilidade da Operadora</b>		

Art. 3º A operadora, para garantir a assistência oferecida nos produtos, deverá formar uma rede de prestadores, seja própria ou contratualizada, compatível com a demanda, capaz de atender aos beneficiários nos prazos regulamentares definidos pela ANS respeitando o que foi contratado.		
Art. 4º Todos os prestadores de serviços de saúde da rede assistencial da operadora de planos de assistência à saúde entidades hospitalares, consultórios, clínicas ambulatoriais e SADT) devem estar informados no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde da ANS, do Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS.		
Art. 5º Nos casos de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução, a operadora de planos de assistência à saúde deverá observar as seguintes diretrizes:		
I - garantir aos beneficiários a manutenção do acesso aos serviços ou procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitando-se os casos de Diretrizes de Utilização – DUT, carências e CPT, quando houver, para atendimento integral das coberturas previstas nos artigos 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 1998, nos prazos definidos na Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011;		
II – garantir aos seus beneficiários uma comunicação efetiva quanto à alteração das entidades hospitalares.	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> alterar o inciso conforme a seguir:</p> <p>II – garantir aos seus beneficiários uma comunicação efetiva quanto à alteração das entidades hospitalares, <b>nos moldes previstos no anexo desta resolução e no art. 7-A da Instrução Normativa nº 46/14 DIPRO.</b></p> <p><b>Justificativa:</b> Esclarecer os meios de comunicação previstos.</p>
<b>CAPÍTULO II</b> <b>DA ALTERAÇÃO NA REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR</b>		
<b>Seção I</b> <b>Da Substituição de Entidades Hospitalares</b>		
Art. 6º Às operadoras de planos de assistência à saúde é permitido realizar substituição de entidades		



hospitais desde que sejam equivalentes e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, nos termos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.		
<b>Subseção I</b> <b>Da Análise de Equivalência de Entidades Hospitalares na Substituição</b>		
Art. 7º A avaliação de equivalência de entidades hospitalares para fins de substituição, em atendimento ao artigo 17 da Lei nº 9.656, de 1998, será realizada a partir da comparação dos serviços hospitalares e do atendimento de urgência e emergência, utilizados nos últimos 12 meses no prestador a ser substituído, pelos beneficiários dos produtos a serem alterados.		
§1º Para fins da avaliação que trata o caput deste artigo será considerada a utilização nas seguintes categorias de serviços hospitalares: Internação Psiquiátrica, Internação Obstétrica, Internação Clínica, Internação Cirúrgica, Internação em UTI Neonatal, Internação em UTI Pediátrica, Internação em UTI Adulto, Atendimento de Urgência e Emergência Adulto e Atendimento de Urgência e Emergência Pediátrico.	<b>Inclusão</b>	<b>Proposta:</b> Incluir o parágrafo 5º com esclarecimentos sobre como se dará a comparação de equivalência.  §5º “Serão critérios de comparabilidade para equivalência na substituição dos prestadores:  I – Cadastro no CNES ativo e atualizado; II – Verificação de disponibilidade parcial da categoria de serviço hospitalar em um ou mais prestadores indicados como substitutos.  <b>Justificativa:</b> Não há menção sobre o critério de comparabilidade utilizado pela ANS. A minuta deve conter com clareza para fins de direcionamento operacional/legal às operadoras.
§2º O prestador substituto deverá estar localizado no mesmo município da entidade hospitalar a ser excluída.		
a) Em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município, poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este;		
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.		

	<b>Inclusão</b>	<p><b>Proposta:</b> Incluir uma alínea para prever a impossibilidade, da seguinte forma:</p> <p>c) Na impossibilidade de se proceder à substituição, por indisponibilidade ou inexistência de prestadores nos municípios limítrofes, bem como na respectiva região de saúde, a substituição poderá ocorrer no município mais próximo que detenha infraestrutura de rede de serviço médico hospitalar.</p> <p><b>Justificativa:</b> É necessário a previsão no novo normativo, considerando que a IN nº 37/11 - DIPRO, que dispõe sobre as regiões de saúde, está em tese “obsoleta” frente ao desenvolvimento dos serviços de saúde constituídos ao longo dos últimos 10 anos em municípios que apresentaram maior desenvolvimento, em vista daqueles definidos na própria normativa.</p> <p>O regramento de se utilizar a substituição para o município mais próximo (mesmo não sendo limítrofe, tampouco na região de saúde), se dá em razão de propiciar um menor deslocamento ao beneficiário, além de um atendimento em municípios que possuam maior infraestrutura que àqueles previstos na região de saúde.</p>
§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.		
Art. 8º Será possibilitada a contratação de outro(s) prestador(es), hospitalares ou não hospitalares, de		



forma complementar, para fins de substituição de serviços hospitalares que não constem no prestador substituto.		
Art. 9º A operadora poderá indicar, como prestador substituto, estabelecimento de saúde já pertencente à rede de atendimento do produto, desde que:	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> Incluir na redação do texto original da seguinte forma:</p> <p>“Art. 9º A operadora poderá indicar, como prestador substituto, <b>um ou mais estabelecimentos de saúde já pertencentes à rede de atendimento do produto</b>, desde que:”.</p> <p><b>Justificativa:</b> Podem ser indicados quantos forem necessários para garantia dos critérios de compatibilização da utilização. Isso possibilita à operadora a substituição de forma facilitada, bem como torna o período de utilização do beneficiário mais ágil. Garantia de acesso com mais efetividade.</p>
I - tenha havido aumento de sua capacidade de atendimento, nos últimos 90 dias, correspondente aos serviços que estão sendo excluídos, comprovado através de aditivo contratual; ou	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> alteração do prazo de 90 dias, passando para no mínimo 12 (doze) meses. Constando a redação do inciso da seguinte forma:</p> <p>“I - tenha havido aumento de sua capacidade de atendimento, nos últimos 12 meses, correspondente aos serviços que estão sendo excluídos, <b>comprovado através de aditivo contratual ressalvada a rede própria, em que não há aditivo</b>; ou”</p> <p><b>Justificativa:</b> O prazo de 90 dias proposto é exíguo, deve ser ampliado para, no mínimo, 12 (doze) meses. Ademais, o prazo de 12 meses é essencial para a operadora avaliar a capacidade quantitativa e qualitativa do prestador substituto, propiciando maior abrangência dos serviços de atendimento, considerando que alguns desses em relação ao aumento e melhoria podem se estender por prazos maiores.</p> <p>Por fim, não está claro no dispositivo o marco inicial da contagem do prazo proposto. A ANS deve elucidar essa questão, sob pena de confundir o mercado. Além disso, deve ser incluída a ressalva dos casos em que a substituição utilizará a rede própria. Neste caso, não há que se falar em aditivo contratual.</p>

<p>II - tenha sido incluído na rede do produto, no máximo, até 90 dias antes da data da exclusão do prestador a ser substituído.</p>	<p><b>Alteração</b></p>	<p><b>Proposta:</b> Sobre o prazo para “Substituição dos Prestadores”, com a figura do prestador substituto já pertencente à rede, que seja deferido o aumento de 90 dias para 12 meses, no mínimo. Constando a redação do inciso da seguinte forma:</p> <p>“II - tenha sido incluído na rede do produto, no máximo, até 12 meses antes da data da exclusão do prestador a ser substituído”.</p> <p><b>Justificativa:</b> Deve ser avaliado um prazo maior em relação a data de exclusão para a substituição, considerando operadoras atuantes em cidades que só contam com um prestador. A norma deve evitar os privilégios para “Reserva de Mercado” aos prestadores, priorizando o princípio da Liberdade Econômica nas contratações, bem como que a operacionalização da operadora nessa substituição seja facilitada, com fins a não desassistir o beneficiário.</p> <p>Ademais, como se trata de uma relação comercial privada entre particulares, a ANS deveria privilegiar a concorrência no setor, tal como preconiza a lei que a instituiu (Lei 9.961/00).</p> <p>Por fim, não está claro no dispositivo o marco inicial da contagem do prazo proposto. A ANS deve elucidar essa questão, sob pena de confundir o mercado.</p>
	<p><b>Inclusão</b></p>	<p><b>Proposta:</b> incluir o inciso III.</p> <p>“III - quando houver recurso próprio, mediante declaração do Gestor Hospitalar afirmando que o estabelecimento de propriedade da operadora tem condições de absorver a demanda de atendimentos realizadas no(s) prestador(es) excluído(s)”.</p> <p><b>Justificativa:</b> Facilitação na substituição dos prestadores a fim de propiciar ao beneficiário o atendimento mais rápido quando há prestador apto de forma declarada.</p> <p><b>Proposta:</b> incluir o inciso IV.</p> <p>“IV - aumento substancial de capacidade de atendimento no restante da rede hospitalar”.</p>

		<p><b>Justificativa:</b> Recomenda-se período temporal maior, considerando os portes de investimentos e, muitas vezes, a demora na implementação diante da complexidade do serviço. Além disso, esse aumento pode ser difusamente considerado.</p> <p>A norma deve evitar os privilégios para “Reserva de Mercado” aos prestadores, priorizando o princípio da Liberdade Econômica nas contratações, bem como que a operacionalização da operadora nessa substituição seja facilitada, com fins a não desassistir o beneficiário.</p> <p>Ademais, como se trata de uma relação comercial privada entre particulares, a ANS deveria privilegiar a concorrência no setor, tal como preconiza a lei que a instituiu (Lei 9.961/00).</p>
<b>Seção II</b> <b>Do Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução</b>		
Art. 10º Às operadoras de planos de assistência à saúde é permitido realizar redimensionamento de rede hospitalar por redução, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998, desde que:		
I - tenha obtido autorização expressa da ANS;		
II - a alteração não ocasione impacto sobre a massa assistida; e		
III - os beneficiários sejam comunicados de forma efetiva, nos termos do disposto na presente Resolução Normativa.		
Art. 11º A alteração de rede hospitalar por redimensionamento de rede por redução poderá ser motivada por:		
I – Interesse da própria operadora de planos de assistência à saúde ou da entidade hospitalar;		
II - rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária, nos casos de contratação indireta; ou		
III - encerramento das atividades da entidade hospitalar.		

Art. 12º Será considerado encerramento das atividades da entidade hospitalar quando:		
I - ocorrer o fechamento total do estabelecimento;	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> Sugere-se a seguinte redação do texto:</p> <p>“I - ocorrer o fechamento total do estabelecimento, <b>extinção da pessoa jurídica ou inativação ou desatualização do cadastro da entidade hospitalar no CNES;</b>”</p> <p><b>Justificativa:</b> Existem casos de estabelecimentos fechados sem que a Pessoa Jurídica seja extinta e isso acarreta uma incompatibilidade conceitual/material com a norma, que trata de fechamento de estabelecimento, unicamente.</p> <p>Ademais, a ANS deve estimular a atualização constante do CNES, respaldando o cadastro realizado pelo Ministério da Saúde, que confere segurança jurídica na relação.</p>
II - forem extintas todas as atividades hospitalares contratadas pela operadora; e		
III - a prestação de todas as atividades hospitalares passar a ser exclusiva para o Sistema Único de Saúde – SUS		
	<b>Inclusão</b>	<p><b>Proposta:</b> Sugere-se a inclusão de um parágrafo com a seguinte inclusão do texto:</p> <p>Art. 12º, §1º. “As hipóteses acima podem ser comprovadas por todos os meios admitidos, presumindo-se a boa-fé da operadora”.</p> <p><b>Justificativa:</b> Faz-se necessária a inclusão do texto visando ratificar a liberdade probatória nestes casos, nos quais muitas vezes esbarra-se em falta de indícios, especialmente quanto ao encerramento do estabelecimento sem extinção da pessoa jurídica.</p>
	<b>Inclusão</b>	<p><b>Proposta:</b> Sugere-se a inclusão de um parágrafo com a seguinte redação:</p> <p>“§1º. No caso dos incisos anteriores, a operadora de planos de assistência à saúde que manter o contrato com a entidade hospitalar para prestação de serviços não hospitalares, deverá atualizar o cadastro do prestador no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, conforme as disposições da IN/DIPRO nº 43, de 5 de junho de 2013”.</p>

		<p><b>Justificativa:</b> Necessidade de ajuste no texto do artigo, com inserção de inciso sobre a motivação do interesse do prestador e, ainda, inclusão de parágrafos. O novo texto atende à realidade das Operadoras e complementa a IN/DIPRO 46 vigente, considerando que não há proposta de revogação da mesma.</p>
	Inclusão	<p><b>Proposta:</b> Sugere-se a inclusão de mais um parágrafo com a seguinte redação:</p> <p>§2º Caso a solicitação de alteração de rede hospitalar seja motivada pelo encerramento das atividades da entidade hospitalar, é necessário que a Operadora tenha a documentação que evidencia a motivação, neste caso, um dos seguintes documentos comprobatórios:</p> <p>a) declaração de gestor ou órgão público local competente; b) declaração de responsável pela entidade hospitalar; c) comprovante da situação cadastral do estabelecimento no CNES, exceto por motivo desativado "outros"; ou d) notícias publicadas em meios de comunicação de massa. e) CNPJ com a situação baixado, inativo ou com liquidação voluntária no site da Receita Federal, desde que não se trate de alteração do CNPJ.</p> <p><b>Justificativa:</b> Necessidade de ajuste no texto do artigo, com inserção de inciso sobre a motivação do interesse do prestador e, ainda, inclusão de parágrafos. O novo texto atende à realidade das Operadoras e complementa a IN/DIPRO 46/14 vigente, considerando que não há proposta de revogação da mesma.</p> <p>Além disso, incluir as hipóteses em que o CNPJ do hospital consta com a situação baixado, inativo ou com liquidação voluntária no site da Receita Federal, desde que não se trate de alteração do CNPJ.</p>
	Inclusão	<p><b>Proposta:</b> Sugere-se a inclusão de mais um parágrafo com a seguinte redação:</p> <p>§3º Na ausência dos documentos previstos nas alíneas do §2º, a comprovação do encerramento das atividades hospitalares poderá ser feita mediante a apresentação de qualquer documento idôneo de prova.</p> <p><b>Justificativa:</b> Possibilitar a utilização de outros meios de prova.</p>

<b>Subseção I</b> <b>Da Análise do Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução</b>		
<p>Art. 13º A autorização para redimensionamento de rede hospitalar por redução será concedida quando a exclusão do prestador da rede assistencial da operadora de planos de assistência à saúde não gerar impacto sobre a massa assistida</p>	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> Alteração da redação do caput, da seguinte forma:</p> <p>“Art. 13º A autorização para redimensionamento de rede hospitalar por redução será concedida quando a exclusão do prestador da rede assistencial da operadora de planos de assistência à saúde não gerar impacto sobre a massa assistida, <b>ressalvada a hipótese em que o redimensionamento tiver sendo realizado em virtude da solicitação de rescisão a pedido do prestador</b>”.</p> <p><b>Justificativa:</b> Não há como obrigar o prestador que solicitar a rescisão manter a contratualização mesmo que haja impacto na massa assistida. Inclusive, a própria RN nº 259/11 prevê que nos casos de indisponibilidade e inexistência de prestadores nos municípios limítrofes ou região de saúde a operadora deve garantir o atendimento, mesmo em rede não credenciada.</p>
<p>§1º Para fins desta Resolução Normativa, considera-se a ocorrência de impacto sobre a massa assistida 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).</p>	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> Sobre o tema do “Redimensionamento baseado na CURVA ABC”, requer-se seja analisada diminuição do percentual de 80% para 60% de concentração de atendimentos.</p> <p><b>Justificativa:</b> A regra de pareto aplicada deve considerar o percentual menor, tendo em vista que existem, apenas nos grandes centros, casos de operadoras com um número expressivo de prestadores. Não se pode olvidar que a maior parte das operadoras não possuem oferta demasiada de prestadores. Não se pode fazer uma norma considerando apenas as grandes capitais do país. Há cidades com prestadores em número menor, o que dificultaria alcançar a média proposta. A norma deve evitar o privilégio para “Reserva de Mercado” aos prestadores, priorizando o princípio da Liberdade Econômica nas contratações. Ademais, que a construção da norma vise ainda facilitar a operacionalização da operadora de saúde <b>nessa</b> substituição, com fins a não desassistir o beneficiário.</p>

§2º Para fins de delimitação do quantitativo de prestadores, responsáveis por até 80% das internações, na Região de Saúde, os prestadores serão ordenados em ordem decrescente de número de internações.		
§3º Caso o prestador a ser excluído faça parte do conjunto de prestadores responsáveis por até 80% dos atendimentos na sua região de saúde, entretanto, possua, individualmente, menos de 5% destes atendimentos, tal prestador poderá ser descredenciado considerando que sua exclusão não resultará em impacto na massa assistida.	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> Aumento do percentual de 5% para 10% em relação à frequência acumulada.</p> <p><b>Justificativa:</b> A concentração dos serviços hospitalares ocorre nas grandes capitais do Brasil, portanto ampliar o percentual para até 10% dos atendimentos não geraria impacto sobre a massa assistida.</p>
§4º Não se aplicará o critério disposto no caput deste artigo quando a solicitação de exclusão de prestador hospitalar for motivada por encerramento de atividades da entidade hospitalar ou por rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária, nos casos de contratação indireta, cabendo à operadora a guarda da documentação comprobatória necessária.	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> Sugere-se alteração do presente parágrafo, bem como inclusão de 4 incisos, nos seguintes termos:</p> <p>“§4º Não se aplicará o critério disposto no caput deste artigo quando a solicitação de exclusão de prestador hospitalar for motivada por:</p> <p>I - encerramento de atividades da entidade hospitalar; II - quando não houver atendimentos pelo prestador hospitalar pelo prazo de 180 (cento e oitenta dias) totalmente ou de determinados serviços, o que permite a exclusão destes; III - por rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária, nos casos de contratação indireta, cabendo à operadora a guarda da documentação comprobatória necessária; IV - por falta contratual comprovada, tais como, mas não se limitando a: (a) cobrança de procedimentos cobertos pelo plano, de forma particular, ao beneficiário; (b) que envolvam falta contratual com risco assistencial; (c) fraude de qualquer tipo; (d) limitação injustificada a atendimento de beneficiários da operadora; (e) descumprimento reiterado de requisitos de qualidade; (f) e outras, desde que classificadas como graves no contrato firmado entre as partes e depois de manejadas as manifestações contratuais estabelecidas.</p> <p><b>Justificativa:</b> Se não há atendimento, não há prejuízo para a massa. Além disso, a ANS deve considerar que faltas contratuais graves devem ser consideradas como fator de extinção do contrato vigente entre as partes. Há situações em que todos os esforços são feitos para sanar os problemas, mas pela regulamentação deve-se recorrer ao Judiciário, o que não é medida viável.</p>



<b>Seção III</b> <b>Da Exclusão Parcial de Serviços Hospitalares Contratados</b>		
Art. 14º A exclusão parcial de serviços, contratados em entidades hospitalares cujo redimensionamento por redução ocasione impacto à massa assistida, conforme estabelecido no art. 13º, somente poderá ocorrer mediante substituição de cada serviço hospitalar a ser excluído, devendo ser observadas as regras de localização e utilização estabelecidas no art. 7º desta Resolução.	<b>Exclusão</b>	<p><b>Proposta:</b> exclusão do referido artigo integralmente.</p> <p><b>Justificativa:</b> Essa medida sugere um impedimento à operadora à administração dos serviços que são prestados aos beneficiários. Essa previsão restringe e burocratiza uma movimentação que é legítima entre as partes, que obedece, inclusive, a critérios sazonais. Ademais, a norma deve evitar os privilégios para “Reserva de Mercado” aos prestadores, priorizando o princípio da Liberdade Econômica nas contratações, bem como que a operacionalização da operadora no redimensionamento seja facilitada, com fins a não desassistir o beneficiário.</p> <p>Ademais, como se trata de uma relação comercial privada entre particulares, a ANS deveria privilegiar a concorrência no setor, tal como preconiza a lei que a instituiu (Lei 9.961/00), e manifestações do CADE.</p>
Parágrafo único: Considera-se exclusão parcial de serviços a retirada de uma das categoria de serviços hospitalares prevista no parágrafo 1º do artigo 7º.		
<b>Seção IV</b> <b>Da Exclusão de Serviços de Urgência e Emergência</b>		
Art. 15º A exclusão de serviços de Urgência e Emergência, contratados em entidades hospitalares cujo redimensionamento por redução ocasione impacto à massa assistida, conforme estabelecido no art. 13º, somente poderá ocorrer mediante substituição do serviço de urgência e emergência, devendo ser observadas as regras de localização e utilização estabelecidas no art. 7º desta Resolução.	<b>Exclusão:</b>	<p><b>Proposta:</b> exclusão do referido artigo integralmente.</p> <p><b>Justificativa:</b> Essa medida sugere um impedimento à operadora à administração dos serviços que são prestados aos beneficiários. Essa previsão restringe e burocratiza uma movimentação que é legítima entre as partes, que obedece, inclusive, a critérios sazonais.</p>
<b>Seção V</b> <b>Da Suspensão Temporária do Atendimento no Prestador Hospitalar</b>		
Art. 16º A operadora de planos de assistência à saúde não está obrigada a solicitar substituição de entidade		



hospitalar ou redimensionamento de rede por redução nos casos de suspensão temporária definidos no art. 2º, inciso VII desta Resolução.		
Parágrafo único. Na hipótese de suspensão temporária do atendimento hospitalar na entidade hospitalar, a operadora de planos de assistência à saúde deverá:		
I - continuar a oferecer a plenitude da cobertura contratada, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente publicado pela ANS, observando, ainda, o que dispõe a Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011;		
II - comunicar seus beneficiários sobre a suspensão temporária dos serviços na entidade hospitalar, com o período estimado de interrupção, indicando as alternativas disponíveis na rede para prestação do atendimento; e		
III - manter comprovação da suspensão temporária do atendimento hospitalar na entidade hospitalar, para fins de eventual fiscalização da ANS.		
Art. 17º Caso a operadora de planos de assistência à saúde opte por solicitar substituição de entidade hospitalar ou redimensionamento de rede por redução, nos casos de suspensão temporária do atendimento hospitalar no prestador, deverá obedecer às regras estabelecidas nesta Resolução Normativa.		
Art. 18º Caso ocorra o encerramento das atividades da entidade hospitalar, em qualquer dos casos dispostos no artigo 12º desta Resolução, a operadora de planos de assistência à saúde fica obrigada a providenciar a substituição de entidade hospitalar ou o redimensionamento de rede por redução.		
<b>CAPÍTULO III</b> <b>DO DIREITO À PORTABILIDADE EM RAZÃO DE HOSPITAL DESCREDENCIADO</b>		
Art.19º É facultada ao beneficiário a portabilidade no caso de descredenciamento de prestador hospitalar, por redimensionamento por redução ou substituição,		

no município de residência do beneficiário, independente do prazo de permanência no produto e da faixa de preço.		
Parágrafo único. No caso de descredenciamento de um hospital no referido município, o beneficiário terá 60 dias, contados da data da ciência do descredenciamento, para solicitar a portabilidade por motivo de alteração de rede credenciada, caso assim deseje.	Alteração	<p><b>Proposta:</b> Alteração do texto para contemplar o momento da contagem do prazo de forma viável à consulta da operadora, ficando da seguinte forma:</p> <p><b>“Parágrafo único.</b> No caso de descredenciamento de um hospital no referido município, o beneficiário terá 60 dias, <b>contados a partir da data de publicação do descredenciamento no Portal da Operadora e nos meios previstos no anexo desta norma,</b> para solicitar a portabilidade por motivo de alteração de rede credenciada, caso assim deseje”.</p> <p><b>Justificativa:</b> A operadora não tem como ter acesso ou identificar de forma efetiva a data exata em que o beneficiário teve ciência do descredenciamento, sendo mais adequado utilizar a data da disponibilização da informação pela operadora, já que assim a data será assertiva e poderá ser comprovada para contagem do prazo.</p>
<b>CAPÍTULO IV DA COMUNICAÇÃO DE ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR</b>		
Art.20º O Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras devem manter atualizadas as informações sobre as alterações ocorridas na rede assistencial hospitalar para consulta pelos beneficiários.		
§1º O Portal Corporativo deverá informar, em espaço reservado, todos os redimensionamentos por redução, substituições, exclusões parciais de serviços hospitalares e exclusões de serviços de urgência e emergência a serem implementadas com 30 (trinta) dias de antecedência, contados do término da prestação de serviço, e deverá permanecer acessível por 180 dias, sem prejuízo da comunicação individualizada, quando couber.	Alteração	<p><b>Proposta:</b> Sobre o tema “comunicação” requer que o termo “individualizada” seja retirado, alterando para a seguinte redação:</p> <p>§1º O Portal Corporativo deverá informar, em espaço reservado, todos os redimensionamentos por redução, substituições, exclusões parciais de serviços hospitalares e exclusões de serviços de urgência e emergência a serem implementadas com 30 (trinta) dias de antecedência, contados do término da prestação de serviço, e deverá permanecer acessível</p>

		<p>por 180 dias, <b>sem prejuízo das comunicações por meios eletrônicos, quando couber.</b></p> <p><b>Justificativa:</b> Manter o termo “individualizada” pressupõe uma operacionalização limitada à operadora, induzindo muitas vezes ao “AR”, sendo que atualmente a ANS já admite diversos meios eletrônicos de notificação.</p>
<p>§2º Excetuam-se desse prazo de comunicação de 30 (trinta) dias de antecedência os redimensionamentos por redução motivados por rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária, nos casos de contratação indireta, e encerramento das atividades da entidade hospitalar.</p>	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> Alterar a redação da seguinte forma:</p> <p>§2º Excetuam-se desse prazo de comunicação de 30 (trinta) dias de antecedência os redimensionamentos por redução motivados por rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária, nos casos de contratação indireta, e encerramento das atividades da entidade hospitalar <b>ou motivada exclusivamente pela entidade hospitalar, quando do não cumprimento por parte do prestador da cláusula contratual de comunicação prévia da rescisão contratual junto à operadora de plano de assistência à saúde.</b></p> <p><b>Justificativa:</b> Considerando que existem situações em que o prestador não cumpre o estabelecido em cláusula, no tocante à comunicação prévia de rescisão contratual, entendemos não ser plausível que a operadora seja penalizada, em função deste descumprimento contratual da outra parte.</p> <p>Ademais, já existe no artigo 16, inciso II, da IN nº 46/14 a previsão sobre a exclusão imediata do prestador nos casos de interesse exclusivo da entidade hospitalar. Pelos princípios da liberdade econômica e concorrência, a legislação não pode obrigar a operadora a manter o prestador vinculado em sua rede se ele, por razões comerciais próprias não deseja continuar com a contratualização.</p>
<p>Art.21º Deverão ser comunicados de forma individualizada ao beneficiário, os redimensionamentos por redução, as substituições e as exclusões de serviços de urgência e emergência ocorridos dentro do município de residência do beneficiário.</p>	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> Sobre o tema “comunicação” requer que o termo “individualizada” seja retirado, propondo, portanto, a seguinte redação:</p> <p>“Art.21º <b>Deverão ser comunicados ao titular beneficiário, os redimensionamentos por redução,</b> as substituições e as exclusões de serviços de urgência e emergência ocorridos dentro do município de residência do beneficiário”.</p> <p><b>Justificativa:</b> Manter o termo “individualizada” pressupõe uma operacionalização limitada à operadora, induzindo muitas vezes ao “AR”, sendo que atualmente a ANS já admite diversos meios eletrônicos de notificação.</p>

		<p>Quanto ao acréscimo “beneficiário titular”: Considerando que este é responsável pelo contrato e movimentações de dependentes, além disso tal alteração se faz necessária, tendo em vista que nem sempre o beneficiário comunica posteriores alterações à operadora, seja de números telefônicos, endereço, etc.</p> <p><b>Proposta subsidiária:</b> Alteração da redação do texto da seguinte forma:</p> <p>“Art.21º <b>Deverão ser comunicados ao beneficiário</b>, os redimensionamentos por redução, as substituições e as exclusões de serviços de urgência e emergência <b>realizados pelas operadoras que contratam prestadores de forma direta</b>, ocorridos dentro do município de residência do beneficiário.</p> <p><b>Justificativa:</b> Operadoras que possuam beneficiários residentes em municípios cujo atendimento é realizado por intermédio da rede indireta não serão comunicados de forma rápida e eficiente, haja vista a necessidade de fluxo de informação em tempo real entre operadora detentora do contrato e operadora intermediária.</p>
	<b>Inclusão</b>	<p><b>Proposta:</b> Propõe incluir modalidade de notificação diferente aos planos coletivos. Assim, sugere-se a redação para inclusão:</p> <p>“§1º Nos casos de beneficiários vinculados a contratos coletivos, a comunicação poderá ser feita diretamente à contratante do plano, ficando esta responsável pelo repasse das informações aos beneficiários”.</p> <p><b>Justificativa:</b> Em virtude do vínculo dos beneficiários com a contratante facilita tal comunicação. Isso significa dizer que a natureza contratual deste produto permite que seja considerada a possibilidade de não utilização da comunicação individualizada.</p>
Parágrafo único. A forma de comunicação individualizada disposta no caput deste artigo está prevista no Anexo desta Resolução Normativa.	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> Sobre o tema “comunicação” requer que o termo “individualizada” seja retirado. Propõe a seguinte redação:</p>

		<p>“Parágrafo único. A forma de comunicação disposta no <i>caput</i> deste artigo está prevista no Anexo desta Resolução Normativa”.</p> <p><b>Justificativa:</b> Manter o termo “individualizada” pressupõe uma operacionalização limitada à operadora, induzindo muitas vezes ao “AR”, sendo que atualmente a ANS já admite diversos meios eletrônicos de notificação.</p>
Art. 22º As formas de comunicação de que trata esta seção não exime a operadora de atender às disposições da RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011 e suas atualizações.		
CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS		
Art. 23º As informações prestadas pela operadora quando da solicitação de alteração de rede hospitalar subsidiarão ações de monitoramento do acesso e da estrutura da rede assistencial.		
Art. 24º A operadora de planos de assistência à saúde fica sujeita à aplicação das medidas administrativas e penalidades previstas na legislação em vigor caso sejam identificados indícios de irregularidades nas alterações de rede hospitalar.		
Art. 25º Caso sejam identificadas incorreções ou omissões nas solicitações de alteração de rede hospitalar, a ANS poderá se valer de outras medidas administrativas, como, por exemplo, a suspensão dos produtos e/ou indicação da operadora ao Regime de Direção Técnica, além das acima expostas e outras que se tornarem necessárias.		
Art. 26º 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, passa a vigorar acrescida do artigo 88-B, com a seguinte redação:		
<p><b>Exclusão Parcial de Serviço Hospitalar ou de Urgência e Emergência</b></p> <p>Art. 88-B. Deixar de cumprir as normas regulamentares da ANS referentes à exclusão parcial</p>	Exclusão	<p><b>Proposta:</b> excluir da redação o parágrafo único.</p> <p><b>Justificativa:</b> A regulação deve priorizar o caráter educativo. A aplicação de multas exorbitantes</p>

de serviços hospitalares ou serviços de urgência e emergência contratados em entidades hospitalares ou realizar tais exclusões sem a devida comunicação aos beneficiários. Sanção – multa de R\$ 40.000,00. Parágrafo único. Caso o cometimento da infração descrita no caput produza efeitos de natureza coletiva, deve ser considerado o disposto no art. 9º desta Resolução para cálculo da multa a ser aplicada.”		extrapola os limites de atuação regulatória e impõe onerosidade ao setor de saúde suplementar como um todo, encarecendo os planos de saúde e prejudicando, indiretamente, os próprios consumidores.
Art. 27º A RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018 passa a vigorar acrescida do Art. 8º A, com a seguinte redação:		
§ 1º Na situação prevista no caput, os beneficiários deverão ser comunicados pela operadora do plano de origem sobre o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca do beneficiário, indicando o valor da mensalidade do plano de origem, discriminado por beneficiário, e o início e fim do prazo disposto no caput.		
§ 2º A portabilidade de carências tratada neste ar go não poderá ser exercida por beneficiários de planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, aplicando -se o requisito previsto no inciso IV do caput do artigo 3º desta Resolução		
§ 3º O beneficiário que esteja vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, ressalvados os casos previstos no § 8º, do artigo 3º desta Resolução		
§ 4º O beneficiário que esteja cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.		
§ 5º O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato		



no plano de origem pode exercer a portabilidade de carências tratada neste ar go, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.		
Art. 28º Esta resolução se aplica a todas as modalidades de operadoras somente no que não for incompatível com a regulamentação específica em vigor.		
Art. 29º Esta Resolução Normativa entra em vigor 180 dias após sua publicação.		
Rogério Scarabel Barbosa Diretor-Presidente Substituto		
<u>ANEXO</u>		
REGRAS PARA A COMUNICAÇÃO INDIVIDUALIZADA PREVISTA NO ART. 21 DESTA RESOLUÇÃO NORMATIVA		
A Comunicação Individualizada poderá ser realizada pelos seguintes meios:		
I - correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;		
II - mensagem de texto para telefones celulares (SMS);	<b>Alteração</b>	<b>Proposta:</b> Propõe a alteração do texto normativo, com a seguinte redação:  “II - mensagem de texto para telefones celulares (SMS), informados pelo beneficiário quando da realização do cadastro, não se responsabilizando a Operadora de Saúde por eventuais trocas de números que não forem devidamente comunicadas”.  <b>Justificativa:</b> Tal alteração visa propiciar mais segurança à OPS no cumprimento das obrigações que lhe são impostas, tendo em vista que existem muitos casos em que o beneficiário não busca atualizar os seus dados junto à OPS, ficando praticamente inacessível.
III - mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas (Whatsapp, Telegram, Messenger ou outro aplicativo que disponha de tal recurso);	<b>Alteração</b>	<b>Proposta:</b> Propõe a alteração do texto normativo, com a seguinte redação:  “III - mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas (Whatsapp,

		<p>Telegram, Messenger ou outro aplicativo que disponha de tal recurso), informados pelo beneficiário quando da realização do cadastro, não se responsabilizando a Operadora de Saúde por eventuais trocas de dados que não forem devidamente comunicadas”.</p> <p><b>Justificativa:</b> Tal alteração visa propiciar mais segurança à OPS no cumprimento das obrigações que lhe são impostas, tendo em vista que existem muitos casos em que o beneficiário não busca atualizar os seus dados junto à OPS, ficando praticamente inacessível.</p>
IV - ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;		
V - carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura do contratante;		
VI - preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pelo contratante.		
	<b>Inclusão</b>	<p><b>Proposta:</b> Propõe a inclusão de mais um inciso relativo à possibilidade de comunicação, com a seguinte redação:</p> <p>“VII – Divulgação por meio no PIN-SS”.</p> <p><b>Justificativa:</b> A própria regulamentação da ANS prevê a disponibilização de informações aos beneficiários e consumidores de modo geral no Portal da Operadora e no PIN-SS, portanto, para facilitação da operacionalização da operadora, bem como melhor comunicação com o beneficiário, que seja incluída a possibilidade de utilização de divulgação via PIN-SS.</p>
Para a comunicação individualizada, devem ser usadas as informações de endereço residencial, número de telefone fixo, número de telefone celular e endereço de correio eletrônico (e-mail) fornecidas pelo contratante e cadastradas no banco de dados da operadora.		
A comunicação realizada por SMS ou aplicativo de dispositivos móveis, prevista, respectivamente, nos itens II e III, somente será válida se o destinatário responder à notificação confirmando o seu recebimento ou for suprida por outra forma de comunicação prevista.	<b>Alteração</b>	<p><b>Proposta:</b> Propõe a alteração do texto relativo à possibilidade de comunicação, com a seguinte redação:</p> <p>“A comunicação realizada por SMS ou aplicativo de dispositivos móveis, prevista, respectivamente, nos itens II e III, será válida se os recursos tecnológicos conseguirem comprovar a ciência do destinatário, sendo dispensada a necessidade de o beneficiário responder à notificação ou confirmar o seu recebimento, ou for suprida por outra forma de comunicação prevista”.</p>



		<b>Justificativa:</b> Não condicionar os meios de comunicação à confirmação de recebimento, tendo em vista a responsabilidade dos beneficiários em atualização cadastral e ativação de seus meios eletrônicos junto à operadora.
A operadora deverá informar à pessoa natural contratante, no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde, sobre os possíveis meios de comunicação individualizada, bem como sobre a possibilidade de escolha dos meios de comunicação de sua preferência		
A operadora deverá informar ao contratante sobre a necessidade de manter as suas informações cadastrais atualizadas, sob pena de a notificação ser considerada válida se for realizada com base numa informação do banco de dados da operadora cuja atualização não foi feita pelo contratante.		
A operadora deverá promover a ampla divulgação sobre os possíveis meios de comunicação individualizada, principalmente às pessoas naturais que contrataram plano de saúde antes da vigência desta Resolução Normativa.		

