

RN N° XXXXX / 2020

Rio de Janeiro, XX de XXXXX XXXXX de 2020.

RESOLUÇÃO NORMATIVA N° XX, DE XX DE XXXXXX DE 20XX.

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 artigos 1º e 3º, incisos IV, XXIV e XXV do artigo 4º e inciso II do artigo 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.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução 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, regulamentando o disposto no artigo 17 da Lei 9.656, de 1998.

Parágrafo único. As alterações na rede assistencial hospitalar referidas no *caput* configuram alterações no registro de produto.

Seção I

Dos Conceitos

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, diagnóstico, tratamento e reabilitação, de modo a atender às necessidades de saúde dessa população;

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;

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;

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

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.

Seção II

Da Responsabilidade da Operadora

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.

CAPÍTULO II

DA ALTERAÇÃO NA REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR

Seção I

Da Substituição de Entidades Hospitalares

Art. 6º Às operadoras de planos de assistência à saúde é permitido realizar substituição de entidades hospitalares 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.

Subseção I

Da Análise de Equivalência de Entidades Hospitalares na Substituição

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.

§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.

§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:

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

II - tenha sido incluído na rede do produto, no máximo, até 90 dias antes da data da exclusão do prestador a ser substituído.

Seção II

Do Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução

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;
- 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.

Subseção I

Da Análise do Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução

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.

§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).

§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.

§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.

Seção III

Da Exclusão Parcial de Serviços Hospitalares Contratados

Art. 14º A exclusão parcial de serviços, contratados em entidades hospitalares cujo redimensionamento por redução ocasiona 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.

Parágrafo único: Considera-se exclusão parcial de serviços a retirada de uma das categoria de serviços hospitalares prevista no parágrafo 1º do artigo 7º.

Seção IV

Da Exclusão de Serviços de Urgência e Emergência

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.

Seção V

Da Suspensão Temporária do Atendimento no Prestador Hospitalar

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.

CAPÍTULO III

DO DIREITO À PORTABILIDADE EM RAZÃO DE HOSPITAL DESCREDENCIADO

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.

CAPÍTULO IV

DA COMUNICAÇÃO DE ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR

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.

§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.

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.

Parágrafo único. A forma de comunicação individualizada disposta no caput deste artigo está prevista no Anexo desta Resolução Normativa.

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:

Exclusão Parcial de Serviço Hospitalar ou de Urgência e Emergência

Art. 88-B. Deixar de cumprir as normas regulamentares da ANS referentes à exclusão parcial 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.”

Art. 27º A RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018 passa a vigorar acrescida do Art. 8º A, com a seguinte redação:

Art. 8º A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência do descredenciamento de prestador hospitalar no município de residência do beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário do descredenciamento, não se aplicando os requisitos de prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço previstos, respectivamente, nos incisos III e V do caput do artigo 3º desta Resolução.

§ 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 artigo 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 agravos e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, 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 agravos 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

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);
- 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);
- 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.

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 confirmado o seu recebimento ou for suprida por outra forma de comunicação prevista.

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.

***Obs.: Atenção - Trata-se de uma proposta de normativo. Documento assinado pelo responsável da área técnica que apresenta a proposta, portanto sem validade como Normativo por se tratar de Minuta.**



Documento assinado eletronicamente por **Carla de Figueiredo Soares, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIPRO (substituto)**, em 30/12/2020, às 17:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.





A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
<https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **18996501** e o
código CRC **A9D03D98**.

Referência: Processo nº 33910.005859/2017-58

SEI nº 18996501