

**PROCESSO N°: 33910.005859/2017-58**

**NOTA TÉCNICA N° 10/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO**

**Interessado:** GERÊNCIA GERAL REGULATÓRIA DA ESTRUTURA DOS PRODUTOS - GGREP  
GERÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO REGULATÓRIO DAS REDES ASSISTENCIAIS - GEARA  
COORDENADORIA REGULATÓRIA DA ESTRUTURA DAS REDES ASSISTENCIAIS - COERA  
DIRETORIA ADJUNTA DA DIPRO, DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

**Assunto :** Voto em apreciação de abertura de Consulta Pública para debater a proposta de Resolução Normativa que regulamenta os critérios de alteração da rede assistencial hospitalar – Tema da Agenda Regulatória 2019-2021

**À DIRAD/DIPRO,**

Trata o presente da devolutiva às contribuições trazidos pela **Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras - DIOPE** através do VOTO N° 404/2020/ASSNT-DIOPE/DIRAD-DIOPE/DIOPE (SEI17670760), a respeito do tema: Aperfeiçoamento dos Critérios de Alteração de Rede Hospitalar.

Destacamos que as considerações aqui abarcadas se referem exclusivamente às contribuições e sugestões oferecidas por essa Diretoria através do referido Voto. A consolidação de todas as contribuições recebidas nesses últimos 5 anos, incluindo aquelas trazidas pelas outras Diretorias da ANS após encaminhamento da proposta à 530ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, encontram-se na NOTA TÉCNICA N° 16/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI18994294) que apresenta a proposta final de Resolução Normativa que tratará das análises de redimensionamento por redução e substituição de entidade hospitalar (Minuta de Norma XX – SEI 18996501).

Observamos, ainda, que na Nota Técnica nº 15/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 18981910) estão todos os estudos e simulações referentes às regras propostas para as análises de redimensionamento e substituição de prestadores hospitalares, desenvolvidos pela área técnica.

**Observações da DIOPE:**

Trata-se de processo administrativo que tem por objeto "reunir os documentos relacionados à revisão dos critérios de análise dos pedidos de alteração de rede assistencial hospitalar, a partir da anexação de atas de reuniões, apresentações, sugestões encaminhadas à ANS e todos os documentos relevantes para o andamento e definição de questões atinentes à referida

temática", no curso do qual a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO elaborou análise de impacto regulatório (SEI3572099 e SEI17274009) e apresentou 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 (SEI 17391648).

A DIPRO trouxe à deliberação da Diretoria Colegiada - DICOL a aprovação de consulta pública sobre a proposta de RN elaborada, ocasião em que este Diretor pediu vistas para examinar mais detidamente o tema, de alto impacto regulatório (SEI 17472469).

A oferta de planos privados de assistência à saúde envolve relações de consumo, exceto quando a ofertante é uma operadora de plano de assistência à saúde classificada na modalidade de atuação de autogestão, como reconhece o Superior Tribunal de Justiça no verbete nº 608 de sua Súmula ("Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão").

O Código de Defesa do Consumidor veda alterações unilaterais nos contratos, bem como só permite sua resilição unilateral se a faculdade por concedida a ambas as partes, fornecedor e consumidor:

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

.....  
X - permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral;  
XI - autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor;

.....  
XIII - autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração;

Ocorre que os planos privados de assistência à saúde contêm regras específicas sobre a alteração e a resilição unilateral dos contratos. No caso dos planos individuais, a resilição unilateral do contrato pela operadora é vedada (artigo 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998) e, tanto nos planos individuais quanto nos planos coletivos, são admitidas alterações unilaterais do contrato no que se refere à rede assistencial, observadas as balizas legais e as normas adotadas pela ANS (artigos 17 e 17-A da Lei nº 9.656, de 1998).

A proposta de RN em discussão trata da alteração de rede assistencial hospitalar, *sem distinguir se a alteração é consensual ou bilateral*. Confere-se regime único a ambas as hipóteses, de modo que, mesmo as restrições a alterações na rede se impõem mesmo que a alteração pretendida seja consensual entre contratante e contratado, consenso que seria viável ocorrer, especialmente em planos coletivos, aos quais está vinculada a ampla maioria de consumidores brasileiros.

A regulação interfere, desse modo, mesmo em situações em que as partes poderiam consensualmente optar por redimensionar a rede hospitalar por redução, no bojo de negociações, por exemplo, para manter o preço ou minorar o seu reajuste.

Seria viável exigir que as operadoras mantivessem indefinidamente a mesma rede assistencial do momento da contratação, só podendo promover alterações em consenso com cada contratante? Certamente que não, como aponta a doutrina consumerista:

"Poder-se-ia, à primeira vista, imaginar sob a ótica do consumidor ser 'ideal' a existência de uma vedação absoluta a esta espécie de alteração unilateral da qualidade do contrato.

Porém, como antes apontado, uma das características preponderantes neste tipo de contrato é justamente sua duração prolongada no tempo, não sendo razoável obrigar a manutenção eterna dos mesmos credenciados - porque há outros aspectos envolvidos na questão, atinentes à relação empresa-hospital ou empresa-laboratório ou empresa-médico.

Some-se a este o fato de que a manutenção da mesma rede pode até vir a desfavorecer os

consumidores, na hipótese de os prestadores componentes da rede, ao longo dos anos, apresentarem serviços de qualidade inferior".

(LAZZARINI, Andrea; LEFÈVRE, Flavia. "Análise sobre a possibilidade de alterações unilaterais do contrato e descredenciamento de instituições e profissionais da rede conveniada". Saúde e responsabilidade. MARQUES, Claudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos (coord.). São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999, p. 111 e 112)

Dado que alterações unilaterais da rede assistencial são inexoráveis, e permitidas pelos artigos 17 e 17-A da Lei nº 9.656, de 1998, cumpre discutir quais os critérios para permitir tais alterações. No caso da rede assistencial hospitalar, o artigo 17 da Lei nº 9.656, de 1998, permite dois tipos de alteração: a substituição de prestador hospitalar por outro equivalente, hipótese em que basta que a substituição seja comunicada aos consumidores e à ANS, e a redução da rede hospitalar, essa última dependente de autorização prévia da ANS:

Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência. (Redação dada pela Lei nº 13.003, de 2014)

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o caput deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Excetuam-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - nome da entidade a ser excluída; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Como se nota pela redação do artigo 17 da Lei nº 9.656, de 1998, restou à ANS definir os critérios para caracterizar a equivalência entre prestadores e para definir os limites da admissibilidade de redução da rede hospitalar. Note-se que o dispositivo não oferece critérios para estabelecer a relação de equivalência e estabelece como única restrição à redução de rede hospitalar "a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor".

Que critérios deveriam balizar a substituição e a redução na rede assistencial

hospitalar?

Seria viável verificar se a presença de um determinado prestador hospitalar na rede do plano privado de assistência à saúde foi determinante para a sua contratação? Ou, mais amplamente, seria viável verificar se uma determinada característica de um produto é determinante para a disposição do consumidor a contratá-lo, ainda que por preço superior ao de produto semelhante? A literatura econômica procurou responder a essa questão, verificando-se a existência de modelos econômicos para estimar a disposição de pagar de consumidores por produtos que contenham características específicas (preços hedônicos), como ocorre nos planos privados de assistência à saúde que contêm em sua rede determinados hospitais, de maior ou menor renome. Ocorre que, com os dados colhidos pela ANS hoje, usando a modelagem teoricamente mais adequada, essa verificação não se mostra viável, mas é possível ser feita pela coleta de dados adicionais, como aponta recentíssimo estudo do Departamento de Estudos Econômicos do Conselho Administrativo de Defesa Econômica:

Neste trabalho foram apresentadas duas formas diferentes de estimação da disposição a pagar de consumidores. O modelo de Rosen (1974), bastante utilizado em diversos mercados, permite estimar, assumidas certas hipóteses, os preços hedônicos, ou seja, o quanto um consumidor estaria disposto a pagar por determinada característica do produto/serviço. Uma hipótese desse modelo é de que o consumidor não diferencia a qualidade para uma mesma característica. Por exemplo, um leito de hospital teria o mesmo preço hedônico, independentemente do hospital no qual está. É possível, contudo, diferenciar os hospitais na estimativa (leitos de hospitais acreditados x leito de hospitais não acreditados, por exemplo).

O modelo de Gaynor e Town (2012), bem como os de Ho e Lee (2017, 2019) foram formulados em um arcabouço de competição entre hospitais. Nesse caso, os hospitais são vistos como produtos/serviços diferenciados. Além disso, considera-se que a maior parte dos pacientes que acessam os hospitais têm planos de saúde, de forma que a escolha ocorre entre os hospitais das redes assistenciais dos planos. A disposição a pagar dos beneficiários pela inclusão de um prestador na rede assistencial do seu plano estaria relacionada ao valor negociado entre o prestador e o plano de saúde. Sendo assim, a partir da primeira poder-se-ia medir o impacto nos preços de fusões e aquisições ainda que não se tenha definido uma relação funcional entre a disposição a pagar e os preços, como no caso de (GAYNOR e TOWN, 2012).

**Como as estimações com base nos procedimentos realizados nesses artigos exigem base de dados ampla, foi feita uma simulação da proposta de Gaynor e Town (2012) e estudados os dados públicos disponíveis para verificar a viabilidade de sua aplicação na saúde suplementar. O regulador coleta a maior parte dos dados necessários para essas estimativas, contudo, como não estão identificados os prestadores e beneficiários, não é possível usar os dados públicos para a aplicação desse modelo. Na estimativa da disposição a pagar, haveria ainda a dificuldade em relação à obtenção de dados e o cálculo da probabilidade de ocorrência de doenças e de seus pesos para os beneficiários. Para a estimativa da relação entre os preços e a disposição a pagar, também seriam necessários dados sobre os primeiros, que não são coletados sistematicamente pelo regulador, mas que podem ser obtidos pelo Cade.**

O modelo de Rosen (1974) também poderia ser útil na análise de operações verticais nos setores de prestação de serviços de saúde e planos de saúde e mesmo de operações horizontais no setor de prestação de serviços. Sua vantagem é requerer menos dados. Os modelos ora estudados podem ser um complemento importante a outras análises empreendidas pelo Cade. À medida em que os mercados de prestadores de serviços de saúde e de planos de saúde, em muitos casos já concentrados, concentram-se ainda mais e que a relação entre grandes grupos dos diferentes elos da cadeia da saúde suplementar torna-se mais relevante na organização desses setores, compreender melhor as relações entre rede assistencial e planos de saúde torna-se imprescindível. (LIMA, Tatiana de Macedo Nogueira. Aplicação de modelos de disposição a pagar no estudo da competição na saúde suplementar - Documento de Trabalho nº 003/2020. Brasília: Conselho Administrativo de Defesa Econômica, 2020, p. 49 e 50).

Desse modo, parecem faltar elementos técnicos que embasem a adoção da premissa de que a substituição ou supressão de um determinado hospital da rede assistencial de uma operadora frustraria a legítima expectativa do contratante.

A legítima expectativa do contratante, assim reconhecida pela lei, é de que um hospital seja substituído por outro equivalente e de que, em casos de redução de rede, seja observada "a

obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor".

### **Considerações da DIPRO:**

A respeito do estudo "Aplicação de modelos de disposição a pagar no estudo da competição na saúde suplementar", observamos que a GEARA/GREP/DIPRO solicitou o referido trabalho para aprofundamento e realizou reunião com a autora do estudo, Tatiana de Macedo Nogueira, para debater acerca da viabilidade da utilização do modelo proposto e quais os próximos passos para viabilizar essa utilização.

Vejamos um resumo dos principais pontos do estudo e suas limitações, discutidos com a estudiosa no assunto em questão:

No Documento de Trabalho nº 003/2020 do CADE foram apresentados dois conjuntos de modelo a partir dos quais se poderia estimar a disposição a pagar dos consumidores por um dado prestador.

O primeiro, baseado no trabalho de Rosen (1974), propõe a estimação de preços hedônicos e a partir desses preços, a estimativa da disposição a pagar dos consumidores. A princípio, estimar os preços hedônicos é simples. Eles são estimados consistentemente por meio de uma regressão linear.

Contudo, no caso das redes hospitalares dos planos de saúde, para estimar o preço hedônico relacionado a um determinado prestador seria preciso incluir na regressão cada hospital como um regressor. Todavia, nem sempre as operadoras contratam todos os serviços hospitalares de um prestador, desta forma, seria preciso incluir o par: serviço x prestador.

Como as categorias já apresentadas foram consideradas muito amplas, idealmente, deveriam ser considerados serviços definidos ainda mais especificamente do que o inicialmente proposto. Assim, o número de regressores a serem usados nas estimativas seria muito grande.

Ainda que existam métodos que permitam realizar estimativas com muitos regressores, inclusive mesmo quando o número de regressores é maior que o número de observações, a interpretação do resultado nesses casos pode ser difícil.

A estimativa de preços hedônicos requer, ainda, dados de preços dos produtos. Como se sabe, os preços registrados diferem dos preços efetivamente praticados pelas operadoras por inúmeras razões e não há banco de dados de preços na ANS que permita realizar essas estimativas atualmente.

Ainda no estudo em questão, foi feita uma revisão bibliográfica e simulação, por não haver dados públicos que permitam a estimativa. Destaca-se que os dados da TISS, com aberturas não disponíveis nos dados abertos, poderiam ser usados. Entretanto, após uma eventual cessão de dados, ainda seria preciso algumas etapas para a aplicação do modelo.

Importante notar que, nesses modelos, a disposição a pagar de um consumidor é caracterizada de acordo com o momento:

- disposição a pagar ex-post é a observada depois que o consumidor já contratou o plano e utilizou os serviços de que precisou;
- disposição a pagar intermediária é quando o consumidor já contratou o plano e sabe do que precisará, mas ainda não utilizou os serviços;
- disposição a pagar ex-ante é a disposição a pagar do consumidor pela rede de um plano no momento de sua contratação.

Primeiramente, seria preciso entender a base de dados e tratá-la. Ao fim dessa etapa inicial, será possível estimar a disposição a pagar ex-post, que é a observada depois que o consumidor já contratou um plano e utilizou os serviços de que precisou.

Para a estimação da disposição a pagar ex-ante, que é aquela associada ao momento da contratação, é preciso também definir grupos de diagnóstico a serem utilizados, estimar as probabilidades de ocorrência de cada um desses grupos e os pesos dos diagnósticos. Tendo isso em vista, não seria possível a utilização imediata do modelo.

O próximo passo do estudo seria testá-los com a base de dados da Agência, para verificar a aplicabilidade e eventuais problemas.

Diante de todo exposto, entendemos que tal estudo poderá ser utilizado nas comparações para fins de equivalência entre prestadores, todavia, ainda necessita ser testado com bases reais para verificação da possível aplicabilidade.

Lembramos que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) firmaram um Acordo de Cooperação Técnica para aperfeiçoar a atuação das autarquias no monitoramento da concentração do mercado de planos de saúde e, desta forma, propiciar uma melhor defesa da concorrência no setor.

No acordo, que tem duração prevista de cinco anos, o Conselho e a Agência se comprometem a compartilhar informações, bancos de dados, relatórios, diagnósticos e estatísticas, além de pareceres técnicos e resultados de estudos e pesquisas elaborado pelas entidades.

Diante disso, informamos que a GEARA/GGREP/DIPRO vem realizando reuniões com representantes do CADE com o objetivo de elaborarmos um Plano de Trabalho visando iniciarmos estudos sobre o tema.

De toda sorte, independentemente da impossibilidade de utilização, neste momento, da metodologia apresentada no estudo para substituição de prestadores, a GEARA/GGREP/DIPRO se preocupou em tentar minimizar as possíveis frustrações dos beneficiários com a substituição ou supressão de um determinado hospital da rede assistencial.

Para isso, está trazendo na proposta da norma de alteração rede hospitalar o instituto da portabilidade, que não levará em consideração o prazo de permanência do beneficiário no produto nem sua faixa de preço.

Acreditamos que, desta forma, o beneficiário poderá exercer seu direito de troca de plano/operadora se determinado prestador hospitalar, excluído da rede de seu plano, foi determinante para a sua contratação.

### **Observações da DIOPE:**

Passa-se a examinar a proposta de RN quanto à substituição de prestador hospitalar.

A disciplina da substituição de prestador hospitalar proposta é a seguinte:

Art. 9º. 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 art. 9º será considerada a utilização nos seguintes 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. Em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município:

I - poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este.

II - 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.

Art. 10. Será possibilitada a contratação de outro(s) prestadores, hospitalares ou não-hospitalares, de forma complementar, para fins de substituição de serviços hospitalares que não constem no prestador substituto.

Art. 11. 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.

Art. 12. O prestador substituto será considerado novo na rede do produto a ser alterado desde que tenha sido incluído até 90 dias da data da exclusão do prestador.

Como se vê, o critério de equivalência proposto no artigo 9º é o de que o hospital substituto contenha as mesmas categorias de serviços hospitalares do hospital substituído que tenham registrado alguma utilização nos 12 meses anteriores.

Esse critério de equivalência me parece ser insuficiente. Primeiro, porque as categorias de serviços são muito amplas, de modo que não parecem deter sensibilidade suficiente para capturar os ajustes de rede que ocorrem na prática, os quais, não raro, são muito mais pontuais, tratando de serviços específicos, por exemplo, serviço de hemodinâmica ou serviço de urgência em ortopedia. Desse modo, a regra viabiliza que serviços relevantes sejam descredenciados sem que a ANS constate a necessidade de substituição do hospital por equivalente. Segundo, porque não considera, nas categorias de serviços, se houve demanda significativa - alguma utilização pode significar uma ou duas utilizações, o que me parece ser imaterial para orientar uma análise de utilização. E, terceiro, porque não considera elementos que diferenciem concorrencialmente os hospitais. Nesse ponto, se é certo ser difícil apontar que características o consumidor considera para se dispor a pagar um preço hedônico para ter um hospital na rede de seu plano, não é menos certo que é fácil perceber que a disposição do consumidor para pagar um preço hedônico não considera, apenas, o fato de um dado hospital ter internação clínica ou internação cirúrgica. Parece que a equivalência pode considerar algumas vantagens comparativas objetivamente mensuráveis como, por exemplo, a existência de atributos de qualidade, como a acreditação.

### **Considerações da DIPRO:**

Com relação ao art. 9, note-se que o foco da análise de equivalência na substituição de entidades hospitalares passou a ser os serviços essencialmente hospitalares e o serviço de urgência e emergência, ou seja, os de maior relevância quando se trata de alteração da rede hospitalar, visto que o objetivo é regulamentar o art. 17 da Lei 9656/98 que trata das alterações de rede hospitalar.

A manutenção da regra atual que considera como comparativo todos os serviços contratados (hospitalares e não hospitalares) não nos parece eficiente, uma vez que os serviços de SADT que antes eram prestados no hospital a ser substituído, caso não sejam prestados no(s) hospital(ais) substitutos, poderão ser disponibilizados fora do ambiente hospitalar, como em clínicas especializadas. Destacamos que, nesses casos, estamos falando de serviços ambulatoriais eletivos.

Ressalta-se que tal proposta não trará prejuízo ao paciente internado, visto que todos os serviços de SADT necessários serão prestados no âmbito da internação.

A proposta atual é comparar os serviços hospitalares (Internações Psiquiátricas, Obstétricas, Clínicas, Cirúrgicas, em UTI Neonatal, em UTI Pediátrica, em UTI Adulto e Atendimento de Urgência e Emergência Adulto e Pediátrico) para os quais tenha havido utilização pela operadora, da forma pela qual a ANS já recebe essas informações por meio da TISS - Troca de Informação de Saúde Suplementar, não gerando custo regulatório adicional para setor, como destacado em outras contribuições.

Com relação ao segundo ponto apresentado, “de que uma ou duas utilizações em determinado serviço parece ser imaterial para orientar uma análise de utilização”, concordamos com a afirmação. Inclusive, a proposta visa alterar a regra atual que consiste na comparação (quantitativa) direta entre os recursos presentes no estabelecimento a ser excluído e os recursos presentes no estabelecimento a ser incluído (muitos deles não hospitalares), conforme o anexo I-A da IN nº 46, independentemente de sua utilização, ou seja, mesmo os serviços não utilizados precisam ser substituídos através de outro prestador.

Nota-se que, de fato, nesse momento, a proposta não seria avaliar, para fins de equivalência, apenas os serviços com demanda significativa de utilização. Entendemos que a alteração já proposta de inserir a questão da utilização para fins de análise da equivalência entre os prestadores já é um grande avanço para o setor.

Com relação aos serviços de urgência e emergência, observamos que a exclusão destes serviços em determinado prestador prescinde de autorização do órgão regulador, visto que conforme art. 17 da Lei 9656/98 apenas o redimensionamento por redução de prestador hospitalar da rede das operadoras necessita de autorização prévia.

A proposta apresentada não permite a exclusão do serviço de urgência e emergência, nas entidades hospitalares cujo redimensionamento por redução ocasione impacto sobre a massa assistida. Nesses casos, a eventual exclusão deverá ser acompanhada da respectiva substituição.

Adicionalmente, a proposta trata do problema do esvaziamento descontrolado dos serviços hospitalares disponibilizados em prestadores integrantes da rede credenciada das operadoras (exclusão parcial de serviço hospitalar).

Considerando que a partir da Lei 13.003, uma operadora de planos de saúde que descredencia prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares como clínicas, profissionais de saúde autônomos, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios, é obrigada a substituí-los, aponta-se como uma boa prática regulatória, aproximar a regra de exclusão parcial de serviços hospitalares, assim como os de urgência e emergência hospitalares, com as regras dos serviços não hospitalares.

Com esse objetivo, a proposta apresentada não permite a exclusão parcial de serviços hospitalares, assim como o serviço de urgência e emergência, nas entidades hospitalares cujo redimensionamento por redução ocasione impacto sobre a massa assistida. Nesses casos, conforme explicitado anteriormente, a eventual exclusão parcial de serviços hospitalares deverá ser acompanhada da respectiva substituição.

Importante destacar que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a oferecer todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto, nos prazos máximos de atendimento determinados pela Resolução Normativa - RN nº 259, de 2011.

Sobre a adoção dos critérios de qualificação na alteração de rede hospitalar, sabe-se que a rede assistencial é determinante na compra do plano e que determinados hospitais credenciados na rede assistencial podem ser mais qualificados que os demais da rede. Portanto, quando esses hospitais são substituídos, o ideal seria, ao menos, garantir que alguns atributos de qualidade fossem mantidos na rede de prestadores, a fim de manter a característica do plano adquirido pelo beneficiário.

Lembramos que a ANS possui o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS, estabelecido pela RN 405, de maio de 2016, com o objetivo de estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde (hospitalares, clínicas, laboratórios e profissionais de

saúde), aumentar a disponibilidade de informações sobre qualidade de prestadores de serviço e ampliar o poder de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral.

Assim, em atendimento às contribuições recebidas nesse sentido, por considerarmos que essa medida inicial poderá incentivar a qualificação dos prestadores e para despertar o interesse constante desse atributo na rede oferecida pela operadora e contratada pelo beneficiário, foi incluída a seguinte regra na análise de equivalência para fins de substituição:

- 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.
- Não se aplicará o critério acima 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

Vale lembrar que os referidos atributos de qualidade não são equivalentes entre si, entretanto a opção regulatória de permitir o intercâmbio de atributos se justifica pela baixa concentração de prestadores que possuem as qualificações de forma isolada, especialmente a Acreditação.

Nesse sentido, tratando-se de uma primeira regulamentação sobre o tema, considera-se que essa medida inicial pode funcionar como incentivo à qualificação dos prestadores, ao passo que não permitirá a substituição do último prestador qualificado, da Região de Saúde, por outro prestador sem um desses atributos de qualificação, salvo nos casos de indisponibilidade ou inexistência.

A relação dos prestadores Acreditados será extraída do QUALISS e a relação dos prestadores ONA nível 1 e 2 será disponibilizada pela ONA - Organização Nacional de Acreditação, uma instituição sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no país.

Importante observar que o critério apresentado será associado aos outros anteriormente sugeridos para a substituição.

A Nota Técnica nº 15/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 981910) apresenta informações a cerca da quantidade de prestadores hospitalares privados acreditados no Brasil, e balizou o acréscimo da regra acima na análise de equivalência para fins de substituição.

#### **Observações da DIOPE:**

O critério proposto no artigo 11 não me parece bom. A substituição de um hospital por outro já pertencente à rede do produto me parece, claramente, uma redução de rede. Exigir a comprovação de que foi celebrado aditivo contratual prevendo aumento da capacidade de atendimento não me parece realista. Desconheço contratos de credenciamento entre operadoras e prestadores que prevejam um teto no volume de serviços. O aumento da capacidade de atendimento só seria real se os contratos de credenciamento previssem um teto no volume de serviços e os aditivos previssem um aumento desse teto. E esse aumento de capacidade de atendimento só seria relevante para fins de equivalência se se verificasse que o aumento de capacidade é rigorosamente proporcional à redução de capacidade representada pelo descredenciamento do prestador substituído. A proposta de RN, contudo, não contempla a verificação dessa proporcionalidade.

### **Considerações da DIPRO:**

Com relação ao art. 11 que permite a operadora 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 correspondente aos serviços que estão sendo excluídos, esclarecemos que essa regra considera as ampliações de serviços ou reformas para expansão de leitos em hospitais já integrantes da rede da operadora, estando em consonância com a regra para substituição de prestadores não hospitalares, de acordo com a RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, amplamente discutida com o setor quando da regulamentação da Lei nº 13.003, 24 de junho de 2014. Inclusive o texto proposto para este artigo foi trazido do §1º do artigo 3º da RN nº 365.

Atualmente, a regra para substituição de entidade hospitalar não considera como substituto um prestador que já faça parte da rede do produto, mesmo que este tenha ampliado sua capacidade de atendimento.

Sobre o questionamento do aumento da capacidade de atendimento só ser relevante para fins de equivalência se fosse verificado que tal aumento fosse rigorosamente proporcional à redução de capacidade representada pelo descredenciamento do prestador substituído, lembramos que desde 2012 a ANS concluiu através de estudos que as medidas de acesso são a forma mais adequada de se definir se uma rede é suficiente para o atendimento de seus beneficiários, a fim de avaliar se o serviço está sendo efetivamente prestado e de forma oportuna. Nesse sentido, a rede assistencial passou ser avaliada a partir de critérios que visam demonstrar se o acesso está sendo garantido ao beneficiário da forma adequada e com informação suficiente.

Portanto, a abordagem baseada meramente nos aspectos quantitativos relacionados à rede assistencial não se coaduna com a nova opção regulatória desta Agência, cujo foco passou a ser a garantia do acesso às coberturas contratadas.

Além disso, observamos que os leitos disponíveis nos hospitais são compartilhados por várias operadoras o que tornaria nula a análise de capacidade de atendimento pelos prestadores.

### **Observações da DIOPE:**

O critério proposto no artigo 12 me parece carecer de fundamentação mais clara, inclusive quanto ao corte temporal eleito, de 90 dias.

Desse modo, entendo ser necessário revisar a proposta de RN quanto aos critérios de equivalência para fins de substituição de prestador hospitalar.

### **Considerações da DIPRO:**

Na atual regra de substituição de prestador hospitalar, o prestador indicado como substituto deverá ser novo na rede do produto alterado, ou seja, não fazer parte da rede do plano. Na proposta apresentada, também consideraríamos como "novo", e poderia ser indicado como substituto, prestador que já fizesse parte da rede do plano mas que tenha sido disponibilizado aos beneficiários no prazo máximo de 90 dias.

Entendemos que poderia haver um prazo para que um prestador que tivesse sido incluído na rede do plano recentemente pudesse ser considerado na substituição visto que, muitas vezes, este prestador ainda nem foi utilizado pelos beneficiários.

Ao longo desses anos de regulação, esta GEARA presenciou diversas situações onde

prestadores recém incluídos na rede dos produtos não puderam ser aproveitados em substituições, como exemplo: uma operadora inaugurou um hospital próprio em 05/08/2019, em 14/08/2019 vinculou o prestador a todos os produtos, e em 27 de agosto de 2019 solicitou substituição de um prestador por esse novo prestador recém-inaugurado, ou seja 22 dias após a inauguração e 14 dias após o cadastro e vinculação no sistema RPS precisou realizar uma substituição de um prestador hospitalar, no mesmo município do prestador credenciado. De acordo com as regras atuais, a operadora não poderia utilizar esse prestador "novo" como substituto, mesmo que ele ainda estivesse iniciando sua operação para os beneficiários (processo sei 33910.022666/2019-23).

Com relação à escolha do prazo de 90 dias, ressaltamos que esta área técnica optou por seguir analogamente ao prazo de negociação de reajuste entre operadora e prestador, previsto na Resolução Normativa nº 363, de 2014.

#### **Observações da DIOPE:**

Passa-se a examinar a proposta de RN quanto à redução de rede hospitalar.

O artigo 14 dispõe:

Art. 14. A alteração de rede hospitalar por redimensionamento de rede por redução poderá ser motivada por:

I - Rescisão contratual ou término da vigência do contrato entre a operadora e a entidade hospitalar;

II - Rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária, nos casos de contratação indireta;

III - Encerramento das atividades da entidade hospitalar.

A exigência me parece desproporcional ao objetivo legal de "manter cobertura com padrões de qualidade equivalente". Para reduzir a rede assistencial hospitalar de um determinado produto, exige-se a rescisão contratual entre a operadora e o hospital, ou seja, a operadora deverá escolher entre tudo ou nada: manter o hospital nas redes de todos os seus produtos ou retirar o hospital das redes de todos os seus produtos. Do ponto de vista mercadológico, isso não me parece adequado. A escolha pelo descredenciamento pode decorrer do fato de os honorários hospitalares se tornarem muito altos em comparação com o tíquete médio de um determinado produto e com os valores praticados por outros hospitais equivalentes para o mesmo produto. O "downgrade" de rede, nesse caso, pode ser uma saída mercadológica para reduzir reajustes no preço. Pode ser, e penso não ser incomum que ocorra, que esses mesmos honorários hospitalares não sejam considerados tão altos em comparação com o tíquete médio de outros produtos. Desse modo, existe racionalidade econômica na decisão de descredenciar um hospital para um dado produto e não para outros produtos. A proposta de RN, ao exigir que a relação entre operadora e hospital siga uma lógica de "tudo ou nada", me parece não considerar essa racionalidade econômica.

#### **Considerações da DIPRO:**

Sobre o art. 14, esclarecemos que a intenção foi classificar os tipos de rescisão contratual existentes que geram solicitações de descredenciamento. Entretanto, não teve o objetivo de modificar a prática atual de se alterar apenas parte dos produtos da operadora. A partir da motivação para o redimensionamento de rede por redução aplicar-se-ão as regras de análise para autorização pelo Órgão Regulador.

De fato, tal impedimento seria prejudicial do ponto de vista concorrencial e mercadológico. Sendo assim, visando mitigar interpretações equivocadas da norma, alteramos o texto do citado artigo.

Art. 11º (renumerado) 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.

### **Observações da DIOPE:**

O artigo 16 dispõe:

Art. 16. 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 Não se aplicará o critério disposto no art. 16 quando a solicitação de exclusão de prestador hospitalar for motivada por encerramento de atividades da entidade hospitalar, e por rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária, nos casos de contratação indireta, cabendo a operadora a guarda da documentação comprobatória necessária.

Primeiro, observo que a lógica adotada considera ser indiferente a capacidade de a operadora, mesmo com a redução, ser capaz de cumprir a exigência legal de "manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor" e considera ser indiferente a capacidade de a operadora, mesmo com a redução, dar cumprimento às regras de garantia de atendimento previstas na RN nº 259, de 17 de junho de 2011. Num contexto em que a ANS ancora seu monitoramento de suficiência de rede em prazos de atendimento independente de o atendimento se dar até mesmo dentro da rede da operadora - e não poderia ser diferente considerando que as operadoras trabalham com redes compartilhadas, até por conta do artigo 18 da Lei nº 9.656, de 1998 - a proposta de RN se concentra em fixar determinados prestadores nas redes assistenciais. Considerando o binômio estrutura-função, vejo o monitoramento assistencial da ANS se apegar numa norma à estrutura e em outra norma à função, e me parece que, dessa forma, a estratégia de monitoramento assistencial do setor fica menos clara.

E, segundo, observo que a lógica adotada inviabiliza a redução de rede hospitalar salvo se a demanda atual pelo hospital a ser descredenciado for pouco relevante no volume da produção assistencial da operadora.

### **Considerações da DIPRO:**

Sobre a necessidade de se estabelecer critérios para as solicitações de alteração de rede hospitalar, lembramos que tais alterações estão previstas no art. 17 da Lei 9.656/98 que dispõe que, na exclusão de entidades hospitalares da rede assistencial dos produtos, há a necessidade de sua substituição por prestador equivalente ou de autorização para que seja realizado o redimensionamento de rede por redução.

Desta forma, restou à ANS definir os critérios para caracterizar a equivalência entre prestadores e definir os limites da admissibilidade de redução da rede hospitalar.

Ressaltamos que a Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011, dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e estabelece os prazos máximos de atendimento no setor de saúde suplementar.

Isto posto, informamos que os prazos de atendimento visam garantir o acesso a rede contratada e as regras de alteração de rede hospitalar tem a função de estabelecer critérios para que as operadoras possam alterar a conformação de suas redes assistenciais fazendo que estas sejam compatíveis com a demanda e capazes de atender aos beneficiários nos prazos regulamentares.

Nesse contexto entendemos que o chamado “binômio estrutura-função” são complementares, não se confrontando de forma alguma.

Adicionalmente, observamos que a proposta para regra de redimensionamento não se concentra em fixar determinados prestadores nas redes das operadoras, mas sim possibilitar que essas possam excluir de suas redes os prestadores menos utilizados, buscando assim o menor impacto possível à massa de beneficiários da operadora.

Para os prestadores mais utilizados, ou seja, aqueles cuja exclusão trará maior impacto aos beneficiários, será facultada à operadora sua exclusão mediante substituição por outro prestador equivalente.

### **Observações da DIOPE:**

Sei que o artigo segue, já com algum temperamento, a mesma lógica que a DIPRO vem adotando para análises de rede com base em notas técnicas aprovadas internamente (17401594 e 17401550). Todavia, considero que a lógica adotada, mesmo com temperamento, tem um efeito econômico muito relevante, cujo impacto é preciso ser mensurado.

Isso tende a conferir poder de barganha ao hospital frente à operadora. Se esse hospital tiver poder de mercado, e não raro terá, como é possível de ser mensurado considerando as dimensões de mercados relevantes de serviços hospitalares, esse hospital estará em posição de impor um aumento de preços à operadora.

Ocorre que os mercados relevantes de planos privados de assistência à saúde no Brasil são predominantemente caracterizados por alta concentração, como divulgado na mais recente edição do Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar.

Desse modo, as operadoras encontram condições de mercado para repassar ao consumidor os aumentos de preço que podem ser impostos pelos hospitais. Ou seja: ao fim e ao cabo, a rigidez dos critérios de redimensionamento de rede hospitalar por redução viabilizam um aumento do preço a ser pago pelo consumidor, o que lhe proporciona uma perda de bem-estar.

É possível o regulador adotar critérios mais rígidos para autorizar o redimensionamento de rede hospitalar por redução do que os contidos na exigência legal de "manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor" ? Sim, é possível. Mas isso terá um custo para o consumidor. Esse custo precisa ser explicitado, para que a sociedade possa escolher o que prefere: uma regulação que exige uma base de hospitais tendencialmente mais estável na rede a um custo tendencialmente maior ou uma regulação que possibilite mudanças na rede, com uma base de hospitais tendencialmente mais dinâmica a um custo tendencialmente mais estável.

Trata-se de uma escolha. E escolhas envolvem *trade-offs*, inclusive as escolhas que dizem respeito à assistência à saúde, como a literatura aponta na avaliação de tecnologias em saúde em lição que pode ser tomada de empréstimo para este contexto:

Todas as formas de análise econômica envolvem tanto os *inputs* (uso de recursos) quanto os *outputs* (benefícios de saúde) das intervenções em saúde. Estas análises proporcionam a comparação entre as alternativas e facilitam o processo de escolha do uso apropriado dos recursos escassos.

Cada indivíduo está, constantemente, fazendo escolhas entre alternativas que competem. Escolhas envolvem *trade-offs*, isto é, optar por gastar mais em alguma coisa nos deixa com menos para

gastar em outra. Os *trade-offs* são consequência da escassez e limitação dos recursos na sociedade. Ao fazer escolhas as pessoas respondem a incentivos. Num contexto econômico, incentivos são benefícios (por exemplo: mudança no modelo de remuneração) que motivam o tomador de decisão a fazer determinada opção.

(ARAUJO, Denizar Vianna. "Medicina baseada em evidências e análise econômica na tomada de decisão em saúde". Planos de saúde: aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012, p. 163)

### **Considerações da DIPRO:**

Com relação ao possível efeito econômico trazido pelo novo regramento, entendemos que a nova proposta não confere maior poder de barganha ao hospital frente à regra que temos hoje.

Atualmente, o prestador que tenha internado um único beneficiário da operadora, nos 12 meses anteriores a solicitação de descredenciamento, não pode ser descredenciado, podendo, conforme dito anteriormente, vir a impor um aumento de preços à operadora. Pensando assim, pela regra proposta, menos prestadores terão tal poder de barganha, visto que, apenas os hospitais que estão no grupo que concentram até 80% das internações não poderão ser excluídos sem substituição (geralmente 20% dos hospitais, seguindo a Análise de Pareto). O restante, em torno de 80% dos hospitais, poderão ser redimensionados.

Desta forma, entendemos que o modelo proposto não propicia que as operadoras encontrem condições de mercado para repassar ao consumidor os aumentos de preço que podem vir a ser impostos pelos hospitais, tendo em vista que este modelo não é mais rígido que o atual e sim mais adequado, tanto para as operadoras, que conseguem ter mais flexibilidade para gerirem suas redes, quanto para os consumidores, que permanecerão com os prestadores de maior relevância para o plano.

Nesse esteio, foi apontado, na contribuição, como prática regulatória baseada nos custos: "uma regulação que exige uma base de hospitais tendencialmente mais estável na rede a um custo tendencialmente maior ou uma regulação que possibilite mudanças na rede, com uma base de hospitais tendencialmente mais dinâmica a um custo tendencialmente mais estável", todavia, atualmente, não há o que se falar em regulação que exija uma rede "mais estável" quando a Lei possibilita alterações na rede assistencial dos planos.

### **Observações da DIOPE:**

E, mesmo que se siga com a lógica adotada, entendo que o dispositivo demanda redação mais clara especialmente em seu § 1º, que trata da caracterização do impacto sobre a massa assistida, para que possa ser compreendido pela sociedade. Diz o § 1º: "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)".

A ANS tradicionalmente se vale da curva ABC em suas publicações, especialmente para comunicar que uma minoria de operadoras mantêm a maioria dos beneficiários do setor. Dito em termos simples, a curva ABC nada mais é do que um escalonamento de itens em ordem decrescente, possibilitando que se visualize, por exemplo, que um conjunto de poucos itens (no caso aqui, de hospitais) concentra um grande volume.

No caso do dispositivo examinado, se a lógica adotada na proposta for adiante, é preciso esclarecer mais claramente no dispositivo o que é a Curva ABC e como é aferido o percentual de 80% e, principalmente é preciso esclarecer as variáveis dessa Curva ABC. Os hospitais serão escalonados por volume de serviços prestados? Se sim, como será mensurado esse volume, considerando que serviços hospitalares, na verdade, envolvem um complexo conjunto de serviços,

conjunto esse muito heterogêneo de atendimento para atendimento? Na aferição do volume de atendimentos, uma consulta de pronto-socorro terá o mesmo peso que uma internação cirúrgica com implante de OPMEs? Ou será considerado o volume de despesa assistencial gerado por cada prestador para cada produto? Em qualquer caso, como a ANS coletará e processará os dados para aferir esse volume? Será possível segregar os dados, seja por volume de serviços, seja por volume de despesa assistencial, por produto e por região de saúde?

### **Considerações da DIPRO:**

Sobre expor mais claramente no dispositivo o que é a Curva ABC e como é aferido o percentual de 80%, informamos que foi incluído no texto da minuta de RN o conceito da metodologia da Curva ABC e a forma como são agrupados os prestadores com mais utilizados, conforme abaixo:

Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:

.....

**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.**

Art. 13º (renumerado) 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.**

Todavia, para mitigar qualquer dúvida, segue abaixo um maior detalhamento sobre a metodologia escolhida:

A metodologia escolhida (Curva ABC) permite conhecermos o percentual de participação de cada prestador, por plano, no total de internações. As letras A-B-C representam as classes dos prestadores com base em sua importância.

Para avaliarmos a “importância” do prestador será observado o grau de utilização dele frente aos outros prestadores da rede do plano, localizados na mesma Região de Saúde. A “utilização” será medida pelo total das internações ocorridas no prestador, por plano indicado para alteração.

A informação sobre o total de internações será extraída da TISS e tal procedimento já foi testado em diversas simulações da aplicação da regra efetuadas pela área técnica. Tais simulações estão apresentadas na Nota Técnica N° 15/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 18981910).

Para classificá-los em A, B ou C, deve-se ordenar os prestadores por ordem decrescente de número de internações para, então, agrupar aqueles responsáveis por até 80% do total das internações na Região de Saúde, referentes ao produto avaliado (porcentagem acumulada).

**Classe A:** Agrupa 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;

**Classe 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;

**Classe C:** 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.

Ademais, diante da análise das contribuições recebidas a respeito desse critério, e considerando as simulações efetuadas por essa área técnica, foi adicionada a seguinte regra para o redimensionamento de rede por redução:

Art. 13º (renumerado) 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.

.....  
§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.

Entendemos que, mesmo que o prestador tenha sido classificado no grupo dos 80% dos prestadores mais relevantes do produto, na Região de Saúde analisada, caso ele possua menos de 5% dos atendimentos naquela região, sua exclusão da rede do produto não resultará em impacto na massa assistida, tendo em vista a pequena porcentagem de internações apresentada por este prestador.

#### **Observações da DIOPE:**

Os mesmos comentários ao artigo 16 se estendem aos artigos 17 e 18, que seguem lógica semelhante.

#### **Considerações da DIPRO:**

A intenção é não permitir o esvaziamento dos serviços hospitalares disponíveis no hospital sem que haja qualquer regramento por parte do órgão regulador.

Lembrando que, apenas quando o hospital vai ser excluído como um todo da rede da operadora, a autorização da ANS é necessária.

Desta forma, de acordo com a proposta, quando um prestador é classificado como A, ou seja, um dos mais utilizados pelos beneficiários do plano a ser alterado, a operadora não poderá redimensioná-lo e nem excluir serviços hospitalares ou de urgência e emergência do mesmo, podendo apenas substituir o prestador ou o serviço que pretenda excluir (segundo as regras propostas para substituição).

#### **Observações da DIOPE:**

Aliás, quanto aos artigos 17 e 18, considero importante que se deixe mais claro que a exclusão parcial de serviços hospitalares contratados (artigo 17) e que a exclusão de serviços de urgência e emergência (artigo 18) não estão sendo tratadas como casos de redimensionamento de rede por redução. Isso ficaria mais claro se a proposta de RN separasse em seções distintas, ou em capítulos distintos, os casos de substituição e os casos de redimensionamento de rede por redução.

### **Considerações da DIPRO:**

O Redimensionamento de Rede por Redução, a Exclusão Parcial de Serviços Hospitalares Contratados e a Exclusão de Serviços de Urgência e Emergência já estão sendo tratados em Seções distintas no capítulo II - DA ALTERAÇÃO NA REDE ASSISTENCIAL, não havendo, a princípio, necessidade de alteração.

### **Observações da DIOPE:**

O artigo 19 dispõe:

Art. 19. 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 do atendimento hospitalar na entidade hospitalar de sua rede.

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.

Dentro da sistemática da proposta de RN, a suspensão temporária seria para obras e reparos (artigo 2º, VII). Ocorre que o dispositivo pode ensejar um comportamento oportunista das operadoras. Explico. Não é incomum que haja conflitos de interesses entre operadoras e hospitais, alimentados por divergências quanto a glosas e quanto a cumprimento de prazos de pagamento. Quando o hospital considera que essa divergência chega a um ponto inaceitável, mas não deseja o rompimento da relação contratual, simplesmente suspende o atendimento aos beneficiários da operadora. Se basta uma declaração de que a suspensão de atendimento se deu para obras e reparos, e o papel aceita tudo, pode ocorrer de uma operadora declarar que o atendimento de um hospital foi suspenso para obras e reparos e, na prática, essas obras e reparos se darem na harmonia contratual e não, como se esperaria, na estrutura física do hospital. Dessa forma, seria possível usar a previsão do artigo para contornar anormalidades assistenciais. Diante disso, uma de duas: ou se prevê o dever de a operadora providenciar uma comunicação imediata à ANS e se prevê que a ANS fará visitas técnicas para constatar *in loco* o declarado ou se prevê outro mecanismo para mitigar o risco desse comportamento oportunista.

### **Considerações da DIPRO:**

A previsão de suspensão temporária de atendimento em prestador hospitalar já está, desde 2014, prevista na Instrução Normativa 46, conforme transrito abaixo:

Art. 10. 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 do atendimento hospitalar na entidade hospitalar de sua rede.

Parágrafo único. Na hipótese de suspensão temporária do atendimento hospitalar na entidade hospitalar, a operadora de planos de assistência à saúde deverá:

a) 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;

b) 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

c) manter comprovação da suspensão temporária do atendimento hospitalar na entidade hospitalar, para fins de eventual fiscalização da ANS.

Art. 11. 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 as regras estabelecidas nesta Instrução Normativa.

Art. 12. Caso ocorra o encerramento das atividades hospitalares da entidade hospitalar, a operadora de planos de assistência à saúde fica obrigada a solicitar a substituição de entidade hospitalar ou o redimensionamento de rede por redução.

Sobre essa questão, entendemos estar claro que as obras ou reparos devam se dar na estrutura física do hospital. Além disso, a operadora precisa manter consigo documentação que comprove tal obra ou reparo no prestador, a fim de atender ao atual item "c" do parágrafo único do artigo 10 da Instrução Normativa DIPRO nº 46/2014.

Com base nisso, caso ocorra o referido comportamento oportunista da operadora e sejam identificadas fraudes nas informações prestadas, seja em âmbito de denúncias ou diligências, a operadora poderá ser representada pelo artigo 37 da Resolução Normativa nº 124/06.

A respeito da obrigatoriedade da operadora comunicar à ANS sobre as suspensões temporárias, acreditamos, a princípio, não ser necessária tal burocracia. Isto porque ao impor a obrigação da comunicação da suspensão à ANS, precisaremos também solicitar a comunicação do fim desta. Ademais, dependendo do tipo de obra ou reparo, a suspensão poderá ser dar por períodos muito curtos, não justificando o custo desta comunicação, tanto para a operadora quanto para a Administração Pública.

Todavia, a operadora já possui a obrigação de comunicar seus beneficiários sobre a suspensão temporária dos serviços na entidade hospitalar, o período estimado de interrupção e indicar as alternativas disponíveis na rede para prestação do atendimento.

A DIPRO já trabalha há algum tempo utilizando-se da responsabilização da operadora quanto às suas ações.

Frisa-se que, pela regra atual, a equivalência das substituições comunicadas, o encerramento das atividades de um prestador, bem como o número de internações nas entidades hospitalares para fins de redimensionamentos, são atestados por meio de declaração da operadora e validados pela ANS por meio de monitoramento.

Desta forma, mostra-se inviável realizar visitas técnicas para atestar a realização de obras em hospitais com o objetivo de justificar a suspensão temporária dos atendimentos.

Esclarecemos que, a despeito da suspensão temporária não ser caracterizada como alteração de rede hospitalar, tal dispositivo consta na Instrução Normativa 46 desde 2014 por ser motivo de dúvida constante das operadoras quanto a necessidade de solicitação de alteração de rede, nesses casos. Tal normativo também dispõe sobre os casos em que se enquadram a motivação "suspensão temporária dos atendimentos" nos prestadores.

Ressalta-se, ainda, que as operadoras são responsáveis pelas informações prestadas à ANS, seja em âmbito de diligências, denúncias ou monitoramentos ativos realizados por esta Agência Reguladora, ficando sujeita à aplicação das penalidades cabíveis em caso de omissão ou falsidade.

## **Observações da DIOPE:**

O artigo 22 dispõe:

*Art.22. As gestantes que desejem realizar o parto no hospital que foi descredenciado, por redimensionamento por redução ou substituição, no período da sua gestação, deverão ser atendidas para este fim e a operadora deverá pagar diretamente ao prestador as despesas até a*

Esse dispositivo gera o mesmo efeito econômico dos artigos 16, 17 e 18, por um período de tempo menor, de modo que estendo a ele os mesmos comentários feitos acima.

Passa-se a examinar dispositivos relacionados à proteção dos interesses do beneficiário frente às alterações de rede, mesmo que permitidas.

### **Considerações da DIPRO:**

A proposta sugere, como inovação, que as gestantes que desejem realizar o parto no hospital que foi descredenciado, no período da sua gestação, sejam lá atendidas para este fim e que a operadora pague as despesas diretamente ao prestador até a alta hospitalar da mãe e do recém-nascido até o 30º dia, pois sabemos que a rede de prestadores é parte fundamental na configuração da assistência, na conformação do preço do produto e na escolha do plano de saúde pelo beneficiário, principalmente para realização de um evento planejado como o parto.

Entretanto, considerando as contribuições recebidas que, na sua maioria, apresentaram ressalvas à proposta, como por exemplo, a necessidade de manutenção do vínculo entre operadoras e prestadores que não desejam a continuidade da relação comercial, e, considerando ainda, possíveis consequências que esta exigência possa vir a gerar, como glosas, negativa de atendimento por parte do prestador e dificuldade de operacionalização para atender a beneficiária em prestador não mais credenciado, esta área técnica acatou as sugestões de retirar este artigo da proposta de RN neste momento, para que o tema possa ser aprofundado.

Lembramos, porém, que outra regra já proposta na RN, que facilita ao beneficiário o direito da portabilidade no caso de descredenciamento de prestador hospitalar, por redimensionamento por redução ou substituição, no seu município de residência, possibilita ao consumidor trocar de plano se ele realmente considerou como fator decisivo para a escolha daquele produto a presença de um determinado hospital na rede credenciada, podendo ser um instrumento utilizado pela gestante, caso assim deseje.

### **Observações da DIOPE:**

O artigo 23 dispõe:

Art.23. É facultada ao beneficiário a portabilidade no caso de descredenciamento de prestador hospitalar, por redimensionamento por redução ou substituição, no município de contratação do plano pelo beneficiário, independente do prazo de permanência no produto e da faixa de preço. Parágrafo único. No caso de descredenciamento de um hospital, conforme descrito no caput do artigo, o beneficiário terá 60 dias, contados da exclusão do prestador da rede, para solicitar a portabilidade por motivo de alteração de rede credenciada, caso assim deseje

Essa regra de portabilidade é muito interessante, pois reduz o custo de transferência do consumidor frente a uma alteração unilateral de rede, possibilitando que o consumidor, se realmente considerar como fator decisivo para a escolha daquele produto a presença de um determinado hospital na rede daquele produto, buscar outro produto, da mesma ou de outra operadora, que ofereça o hospital descredenciado ou que, simplesmente, ofereça uma relação custo-benefício mais vantajosa. Esse me parece a melhor medida de satisfação do consumidor.

O problema, a meu ver, está em restringir o seu alcance a descredenciamentos "no município de contratação do plano pelo beneficiário". Em mais de 80% dos casos, não é o beneficiário quem contrata o plano, já que é plano coletivo é contratado por uma pessoa jurídica e não pelo

beneficiário. Se o município da contratação pela pessoa jurídica for diferente do município de domicílio do beneficiário, o que não raro ocorre, a regra protetiva não incidirá, esvaziando a sua eficácia. Parece melhor que se considere o município de domicílio do beneficiário. E, mesmo assim, parece ser insuficiente considerar tão-somente o município de domicílio do beneficiário para a incidência da regra proposta, pois, muitas vezes, o hospital a ser demandado pelo beneficiário não está localizado no município do seu domicílio, fato que se verifica claramente quando se mapeia o fluxo de deslocamento do beneficiário para a determinação da dimensão geográfica de mercados relevantes de planos privados de assistência à saúde, conforme referências teóricas apontadas no já citado Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, edição 2020.

Outro aspecto a merecer atenção é a data de início da contagem do prazo para portabilidade. Parece mais adequado que ela se dê da data em que o consumidor teve ciência da alteração e não da alteração em si. Caso contrário, para esvaziar um volume de portabilidades significativo, bastaria a operadora atrasar a comunicação aos consumidores por 60 dias.

#### **Considerações da DIPRO:**

A proposta apresentada traz uma possibilidade, até então inexistente, na medida que possibilita ao beneficiário, do produto que tenha sua rede hospitalar alterada, exercer a portabilidade, independente do prazo de permanência no plano. Vale apontar que a alteração de rede figura entre os principais motivos relatados pelos beneficiários, no guia de planos da ANS, para portar de operadora.

Diante das considerações apresentadas, acatamos a sugestão de se considerar o **município de residência do beneficiário** visando incidir a regra para beneficiários de planos coletivos, onde o município da contratação pela pessoa jurídica muitas vezes é diferente do município de domicílio do beneficiário.

O dispositivo permitirá a portabilidade apenas na ocorrência de descredenciamento dentro da localidade: município de residência, o que sem essa regra de territorialidade, um beneficiário de um plano de abrangência geográfica Nacional, provavelmente poderia portar a qualquer tempo, visto que são muitas as alterações de rede hospitalar ocorridas em plano nacionais.

Sobre a data de início da contagem do prazo para portabilidade, acatamos a contribuição que ela se dê na data em que o consumidor teve ciência da alteração e não da alteração em si, inclusive a data da ciência já é utilizada nas demais regras de portabilidade.

Segue novo texto para o artigo acima:

Art.19º (renumerado) 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.

Vale lembrar que as alterações de rede hospitalar ocorridas dentro do município de residência, pela regra proposta, deverão ser comunicadas de forma individualizada aos beneficiários, logo, considerando a existência de regras claras para fins desta comunicação, será possível obtermos a data da ciência do beneficiário.

#### **Observações da DIOPE:**

O artigo 24 dispõe:

Art.24. 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, exclusão parcial de serviços hospitalares, e exclusão 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.

§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.

Parece ser mais adequado inserir o dispositivo na RN 285, de 23 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet.

### **Considerações da DIPRO:**

Conforme descrito acima, a RN 285, de 23 de dezembro de 2011, dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet.

Entretanto, além da obrigatoriedade de divulgar algumas alterações na rede credenciada em espaço reservado para este fim no Portal Corporativo das operadoras, a regra proposta estabelece a obrigatoriedade de comunicação individualizada para outras alterações de rede ocorridas, entendidas por esse Órgão Regulador como mais impactantes para os beneficiários.

Desta forma, optou-se por deixar em normativo específico todas as regras sobre comunicação de alteração de rede hospitalar (no site e de forma individualizada) em consonância às regras de comunicação de alterações de rede não hospitalar, que também se encontram em norma específica e não fazem parte da RN 285/2011.

### **Observações da DIOPE:**

O artigo 25 dispõe:

Art.25. Deverão ser comunicados de forma individualizada ao beneficiário, os redimensionamentos por redução, as substituições e a exclusão de serviços de urgência e emergência ocorridos dentro do município de contratação do plano.

Parágrafo único. A forma de comunicação individualizada deverá ser idêntica a comunicação para notificação do beneficiário por inadimplência e suspensão de contratos.

A comunicação das substituições aos consumidores é uma imposição legal, prevista no § 1º do artigo 17 da Lei nº 9.656, de 1998. Se as substituições devem ser comunicadas, com maior razão as reduções também devem. Que essa comunicação seja individual, é uma escolha da proposta de RN. Uma boa escolha.

Mas é preciso considerar, assim como apontado com relação ao artigo 23, que a eficácia da regra será esvaziada nos casos, muito frequentes em planos coletivos, que abarcam cerca de 80% dos beneficiários, em que o município de contratação do plano não é o município de domicílio do beneficiário ou o município em que ele tende a demandar o serviço hospitalar.

E é preciso deixar claros os meios admissíveis para essa comunicação. A referência à disciplina dos meios de comunicação para notificação do beneficiário por inadimplência e suspensão de contratos não me parece suficiente e, da forma como prevista hoje na Súmula Normativa nº 28, de

30 de novembro de 2015, sua aplicação a este contexto será excessivamente onerosa. Uma coisa é o custo gerado por comunicar pessoalmente, por carta registrada ou portador, um consumidor nas raras vezes em que ele se mostrar um contumaz impontual num período de 12 meses. Outra coisa é o custo gerado por comunicar pessoalmente, por carta registrada ou portador, todos os consumidores vinculados a cada produto cada vez que houver uma substituição de hospital ou redução de rede hospitalar.

### **Considerações da DIPRO:**

Lembramos que a forma de notificação por inadimplência do beneficiário contratante de plano individual ou familiar estão previstas na Súmula nº 28, de 30 de novembro de 2015, todavia, a partir do recebimento de diversas demandas, a ANS identificou a existência de dificuldades, por parte das operadoras, na realização da notificação por estes meios, seja pelo alto custo, seja pela baixa efetividade para qual se destina.

Embora as formas de notificação da Súmula Normativa nº 28/2015 tenham sido ampliadas por meio do Entendimento DIFIS nº 13/2019, a ANS incluiu na Agenda regulatória 2019/2021 o Tema: *Aprimoramento da Notificação por Inadimplência*.

Sendo assim, está em andamento o Projeto para regulamentar a Notificação por Inadimplência, através de uma Resolução Normativa, permitindo que as operadoras utilizem meios mais modernos, efetivos e com menor valor, reduzindo assim, o custo regulatório imposto (Processo 33910.030331/2019-89).

O objetivo da GEARA/GREP/DIPRO é absorver tais regras, com os devidos ajustes, para a comunicação de alteração de rede hospitalar. Neste sentido, e atendendo à contribuição apresentada, informamos que tais regramentos estarão contidos, na forma de ANEXO, na Resolução Normativa que tratará das regras para alteração de rede hospitalar.

Segue abaixo, texto proposto para o artigo, bem como para o ANEXO que contemplará as regras para comunicação individualizada prevista no art. 21 da Minuta de RN.

Art.21º (renumerado) 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.

### **ANEXO**

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.*

### **Observações da DIOPE:**

Finalmente, passa-se a examinar o tipo infrutivo que se propõe inserir na RN nº 124, de 30 de março de 2006.

Dispõe o artigo 30:

Art.30. 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. Excluir parcialmente serviços hospitalares, assim como serviços de urgência e emergência, contratados em entidades hospitalares, cujos redimensionamentos por redução ocasionem impacto à massa assistida ou realizar tais exclusões sem 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.”

Convém deixar claro na RN nº 388, de 25 de novembro de 2015, que trata do processo administrativo sancionador, se o procedimento para apurar essa infração será o de representação, como parece ser a praxe em casos semelhantes, ou outro.

E, mais importante do que isso, é necessário deixar clara a forma de cálculo da multa: ela incidirá por serviço excluído em cada prestador em cada produto, por prestador, por produto?

Quanto ao parágrafo único do projetado artigo 88-B, penso que não é o caso de dispor que incidirá o fator compatibilizador de efeitos de natureza coletiva "caso o cometimento da infração (...) produza efeitos de natureza coletiva", porque, na verdade, a infração sempre produzirá esse efeitos de natureza coletiva. Não me parece adequado tratar como excepcionalidade o que é a regra.

### **Considerações da DIPRO:**

Informamos que o parágrafo único em questão segue o padrão dos artigos 87, 88 e 88-A. Caso não seja explicitado tal parágrafo único exclusivamente no art. 88-B, poderá parecer excepcionalidade a regra.

Quanto à necessidade de deixar clara a forma de cálculo, observamos que o texto proposto foi encaminhado à Diretoria de Fiscalização através do Despacho nº 1084/2020/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SE17346801), solicitando avaliação sobre impacto dos novos critérios apresentados na Resolução Normativa - RN N° 124, de 30 de março de 2006.

Em resposta, a Diretoria de Fiscalização encaminhou sugestões de texto para o proposto art. 88-B, através do Despacho 1202/2020/DIRAD-DIFIS/DIFIS (SEI 17372731).

Todavia, tendo em vista a contribuição em tela e em analogia ao artigo 88-A, sugerimos o texto abaixo, que será levado novamente à DIFIS para aprovação, visando uma melhor

redação para o artigo.

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."

## CONCLUSÃO DIOPE:

Isso posto, voto no sentido de que a proposta de RN e a análise de impacto regulatório que a acompanha sejam revistas considerando os aspectos apontados ao longo desse voto antes que a proposta seja encaminhada para consulta pública.

## CONSIDERAÇÃO FINAL DIPRO

Informamos, por fim, que esta área técnica realizou diversas simulações, tanto para as regras propostas para substituição de entidade hospitalar, como para as regras propostas para o redimensionamento de rede hospitalar por redução, visando verificar todos os cenários possíveis, inclusive testando as diversas contribuições que nos foram encaminhadas contendo sugestões variadas de percentuais para a metodologia da Curva ABC.

As simulações abrangeram, ainda, estudos para a adoção do critério da qualidade nas análises de equivalência para fins de substituição e análises sobre a sugestão de se considerar o município de domicílio do beneficiário na regra de portabilidade.

As simulações realizadas pela área técnica estão anexadas ao presente processo, através da Nota Técnica Nº 15/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 18981910).

Agradecemos as contribuições encaminhadas para o aperfeiçoamento da norma que tratará dos critérios para alteração da rede hospitalar das operadoras.

Sugerimos o envio do presente para DIRAD/DIPRO para aprovação.



Documento assinado eletronicamente por **Michelle da Silveira Barbosa, Técnico Administrativo**, em 30/12/2020, às 17:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Ribeiro Abib, Gerente de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais**, em 30/12/2020, às 17:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **FLAVIA ROBERTA ALVES NUNES GOMES, Coordenador(a) de Regulação da Estrutura das Redes Assistenciais**, em 30/12/2020, às 17:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Carla de Figueiredo Soares, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIPRO (substituto)**, em 30/12/2020, às 17:57, 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 **18051807** e o  
código CRC **C049840C**.

---

Referência: Processo nº 33910.005859/2017-58

SEI nº 18051807