

PROCESSO Nº: 33910.005859/2017-58

NOTA TÉCNICA Nº 11/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO

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

Assunto : Contribuições sobre 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 da **FENASAÚDE - Federação Nacional de Saúde Suplementar**, Ofício 058/2020/DIREX, encaminhadas em 18 de agosto de 2020 (SEI 17809294) sobre a proposta de critérios para as análises de redimensionamento por redução e substituição.

Destacamos que as considerações aqui abarcadas se referem exclusivamente às contribuições e sugestões oferecidas através do referido Ofício. A consolidação de todas as contribuições recebidas nesses últimos 5 anos encontram-se na **NOTA TÉCNICA Nº 16/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 18994294)** 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 FENASAÚDE:

A proposta atual de redimensionamento apresentada pela ANS na 3ª Reunião dos novos critérios para alteração de redes hospitalares realizada em 1 de julho de 2020, pode levar a um desequilíbrio no poder de negociação entre a Operadora e o Prestador, interferindo nas suas relações comerciais, criando reserva de mercado regionalizada e com redução da concorrência.

Faz parte da atribuição da operadora manter uma rede de serviços adequada à necessidade de seus beneficiários respeitando a RN nº 259/11, bem como zelar pela qualidade dos serviços oferecidos pelos prestadores hospitalares e não hospitalares contratadas e quando necessário, promover a adequação da rede por meio da exclusão parcial de serviços. Vale lembrar que, já existem penalidades para casos em que não é observado o prazo de atendimento.

Considerações DIPRO:

Com relação ao possível desequilíbrio no poder de negociação trazido pelo novo regramento, entendemos que a nova proposta não confere maior poder de barganha aos hospitais e nem redução da concorrência entre operadoras, frente ao que temos hoje.

Atualmente, o prestador que tenha internado um único beneficiário da operadora, nos 12 meses anteriores a solicitação de credenciamento, não pode ser credenciado, podendo vir a impor um aumento de preços à operadora. Sendo assim, pela regra proposta, o número de prestadores que terão tal poder de barganha seria menor, visto que, apenas aqueles que concentrarem 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 desequilíbrio no poder de negociação.

Lembramos que as operadoras de planos privados de assistência à saúde são obrigadas a oferecer todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para atendimento integral das coberturas previstas 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, dentro dos prazos definidos pela ANS, não sendo permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial. Para tanto, a operadora deverá formar uma rede de prestadores compatível com a demanda, capaz de atender aos beneficiários nos prazos regulamentares, conforme as regras da RN nº 259, de 2011.

A estipulação de prazos máximos para atendimento veio acompanhada de uma clara preocupação da ANS com o incremento do tratamento a ser dispensado aos beneficiários pelas operadoras, em especial no que diz respeito à prestação oportuna e com qualidade da assistência à saúde, sendo imputada à operadora a responsabilidade por eventuais falhas na formação desta rede.

Com relação a obrigatoriedade de cumprimento dos prazos previstos na RN 259, observamos que a regulamentação do setor (Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998) trouxe para o órgão regulador a obrigação de acompanhar e autorizar as alterações de rede hospitalar conforme previsto no seu artigo 17, assim como a Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, estabeleceu a competência para fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e credenciamento de prestadores de serviços às operadoras.

Desta forma, entendemos que a fixação dos prazos máximos de atendimento para fins de garantia do acesso aos prestadores não se confunde com a obrigação do órgão regulador de acompanhar e autorizar as alterações de rede hospitalar conforme previsão do artigo 17 da Lei 9.656/98.

Observações FENASAÚDE:

Importante ressaltar que a exclusão de um prestador da rede da operadora é uma decisão muito estudada, pois além dos impactos operacionais, pode vir a trazer descontentamento de alguns clientes e culminar na rescisão contratual, um dos maiores temores da operadora dado o custo

de recuperar o cliente.

A proposta apresentada cria dificuldade no processo de adequação do serviço oferecido pelo prestador e gera aumento no custo, e a impossibilidade de garantir a qualidade desejada na execução do atendimento ao beneficiário já que a Operadora não poderá negociá-los livremente e ficará obrigada a manter um prestador que pode, dentre outros motivos, não atender o nível de qualidade desejado para seus beneficiários e impor reajustes desmedidos.

Tal modificação na regulação traria como consequência, além do agravamento dos custos do setor, o aumento do poder de barganha de prestadores que se protegeriam da concorrência pela reserva de mercado que nova norma poderá ensejar.

Além disso, essa situação acabaria por conflitar com a determinação trazida pela Resolução Normativa nº 436/18, que as operadoras incluam em suas regras de precificação e reajustes atributos de qualidade já que estes não precisariam ser cumpridos pelo prestador.

Tal proposta infringe ainda a Lei de Liberdade Econômica na medida que onera sobremaneira e indevidamente a prestação do serviço o que acabará por refletir no custo do plano de saúde. Seria um retrocesso que não beneficiaria nem as Operadoras, Prestadores ou Beneficiários.

Considerações DIPRO:

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 atualmente utilizado e sim mais adequado, tanto para as operadoras, que conseguem ter mais flexibilidade para gerirem suas redes, para os prestadores que terão maior estabilidade a medida em que se tornam mais "importantes" na rede de determinado produto, quanto para os consumidores, que permanecerão com os prestadores de maior relevância para o plano.

De toda sorte, no caso dos prestadores classificados como A (mais utilizados no plano), cuja simples exclusão não será permitida, ressaltamos que a operadora não será obrigada a permanecer com tais prestadores em sua rede assistencial, pois é facultada à operadora o instituto da substituição, prevista na Lei 9.656/98.

Observações FENASAÚDE:

As operadoras precisam manter o nível de qualidade dos produtos oferecidos aos seus beneficiários. Logo, manter a rede estática, dificultando sua adequação tende a impossibilitar a manutenção da expectativa inicial do beneficiário ao contratar seu plano de saúde. Nesse sentido, o que se deve assegurar é a qualidade e o padrão do serviço, o que pode ser conseguido mesmo havendo alteração de prestador. A contratação de um plano não pode ser atrelada a uma rede imutável, nem até mesmo com regras que dificultem a sua reorganização.

Logo essa proposta de regulação, pode acabar por criar uma falha regulatória, ao criar novos conflitos e agravar problemas já existentes.

Considerações DIPRO:

O objetivo da proposta de forma alguma é manter a rede estática, pelo contrário, a proposta atual tem como um dos objetivos dar às operadoras maior flexibilidade para gerirem suas redes. Pela regra atual, o prestador com uma internação nos últimos 12 meses não pode ser redimensionado. Nesse sentido, a proposta atual é bem mais flexível para o redimensionamento, visto que apenas os prestadores mais utilizados pelos beneficiários não podem ser descredenciados.

Além disso, a regra de substituição também facilita a gestão de rede na medida em que foca na utilização dos serviços essencialmente hospitalares, ou seja, permite que o hospital substituto possua apenas os serviços que estavam sendo utilizados no prestador a ser substituído, além de considerar o aumento de capacidade operacional da entidade e prestador substituto incluído na rede a menos de 90 dias.

Por fim, não há o que se falar em regulação que exija uma “rede imutável”, quando a própria Lei 9.656/98 possibilita alterações na rede assistencial dos planos.

Observações FENASAÚDE:

Já em relação à proposta de considerar o impacto à massa assistida quando o redimensionamento envolver o grupo de entidades hospitalares responsáveis por até 80% dos atendimentos na região de saúde nos últimos 12 meses para os planos objeto de redimensionamento, uma de nossas associadas, com atuação nacional, simulou o impacto do descredenciamento considerando essa métrica.

Observou-se que:

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

Considerações DIPRO:

Lembramos que as operadoras de planos privados de assistência à saúde são obrigadas a oferecer todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para atendimento integral das coberturas previstas 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, dentro dos prazos definidos pela ANS.

A operadora deverá garantir o atendimento no município onde o beneficiário o demandar, desde que este faça parte da área de atuação do plano. Caso não seja possível o atendimento neste município, deverão ser observadas as regras sobre garantia e prazos para atendimento nas hipóteses previstas na RN nº 259, de 2011, e suas alterações.

Diante disso, percebe-se que a regra imposta pela RN 259/11 trata como exceção os atendimentos realizados fora do município onde o serviço foi demandado. Assim, nos parece ser este o caso dessas 58 regiões de saúde com apenas um prestador credenciado. De qualquer forma, a regra proposta, provavelmente não permitirá a exclusão deste único prestador da região de saúde, já que este deve concentrar a maioria dos atendimentos, o que, de fato, estaria cumprindo o objetivo da norma que é evitar que o descredenciamento gere impacto a massa de beneficiários da operadora. A alternativa da operadora, nesses casos, seria a substituição.

Foi relatado que 15 regiões de saúde não apresentam hospital com concentração acima de 80%. Observamos que pela metodologia da Curva ABC, estaria classificado como A, o conjunto de prestadores que concentram até 80% dos atendimentos de internação. A aplicação do método consiste em ordenar de forma decrescente os prestadores da região de saúde do prestados que se pretende a exclusão, por plano a ser alterado, e agrupar aqueles que concentrem até 80% das internações. Desta forma, a metodologia não busca apenas um único prestador que concentre mais

de 80% das internações.

Todavia, para um melhor entendimento, segue abaixo um maior detalhamento sobre a metodologia escolhida.

Conceito: Conhecimento do 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.

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.

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).

Observações FENASAÚDE:

Vale lembrar que por outras combinações, também não haveria possibilidade de redimensionamento. Se o estudo fosse feito por produto, o cenário certamente tende a piorar.

Considerações DIPRO:

No que diz respeito às contribuições para a análise de redimensionamento, informamos que a escolha de metodologia Curva ABC se mostrou mais adequada à proposta da área técnica que era preservar, na rede dos produtos, os prestadores “mais utilizados” pelos seus beneficiários. Logo, todos os estudos e simulações foram realizados considerando a rede do produto.

Observações FENASAÚDE:

Veja que, ao selecionar um produto regional da mesma Operadora Associada, onde existem apenas 3 prestadores hospitalares, em uma única região, com distribuição de utilização de 50%, 25% e 25%, esta ficaria impossibilitada de substituir os prestadores, o que significaria o congelamento da rede para este produto, com todas as consequências mencionadas acima.

Considerações DIPRO:

Conforme metodologia da Curva ABC, simulamos o caso descrito acima e verificamos que apenas os 2 primeiros prestadores não poderiam ser descredenciados por redimensionamento (classificados como A), visto que somam até 80% das internações. Entretanto, tais prestadores poderiam ser substituídos por outros equivalentes, conforme possibilitado pela Lei 9.656/98. Vide simulação abaixo:

Soma Internações	210			
Prestadores	Número de Internações	Frequencia relativa	Frequencia Acumulada	Classificação
AAAAAA	105	50,00%	50,00%	A
BBBBBBB	53	25,24%	75,24%	A
CCCCC	52	24,76%	100,00%	C

Neste caso simulado, o prestador denominado “CCCCC” poderia ser excluído por redução.

Ressaltamos que o conjunto de prestadores classificados como A (até 80%) é feito pela frequência acumulada do % de internações.

Vale sempre destacar que o objetivo da norma proposta é evitar que os prestadores mais utilizados pelos beneficiários dos produtos a serem alterados sejam simplesmente excluídos, visto que causariam um maior impacto sobre a massa assistida. No caso de exclusão destes prestadores, a operadora deverá substituí-los por outros equivalentes, a fim de manter a continuidade dos atendimentos prestados.

Observações FENASAÚDE:

Cabe destacar que nem todas as operadoras atuam nacionalmente, possuindo uma rede limitada de prestadores.

Considerações DIPRO:

Observamos que a análise é limitada à região de saúde do prestador que se pretende excluir, logo, a lógica da análise é aplicada da mesma forma para planos nacionais ou regionais.

Quanto à escolha de região de saúde como territorialidade para a regra, além de ser um espaço geográfico já conhecido e tratado pela RN 259/2011, esclarecemos que foi a forma encontrada para melhor avaliar a rede do produto.

A lupa da regulação sobre a região de saúde do prestador que está sendo excluído visa a garantia do acesso do beneficiário a outros prestadores na mesma região.

Observações FENASAÚDE:

Por fim, manter a porcentagem de 80% da utilização da rede hospitalar, significará, na prática, a perda da possibilidade de substituição da rede em grande parte das regiões de saúde e em diversos produtos.

Assim entendemos que o percentual a ser considerado deverá ser de 50%, pois permitiria o direito de negociação com os prestadores possibilitando a manutenção da qualidade e dos padrões de atendimento exigidos pelas operadoras.

O cenário não mudaria para as regiões que tem somente 1 hospital, porém, nas regiões onde há 2 ou mais hospitais, esse direito seria viabilizado.

Considerações DIPRO:

Informamos que a escolha de metodologia Curva ABC se mostrou mais adequada a proposta da área técnica que era preservar na rede das operadoras os prestadores “mais utilizados” pelos seus beneficiários.

Destacamos que não há perda da possibilidade de substituição, visto que a regra que utiliza como ferramenta a metodologia da Curva ABC impossibilita apenas o redimensionamento por redução dos prestadores classificados como “A”.

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:

- 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.

Sobre esta situação, ou seja a Curva ABC classificar um prestador com “pouca” internação na classe A, sugerimos uma solução estatística, e realizamos simulação, adicionada na coluna **Classe com Coeficiente de Variação (Volatilidade)**

Enfim, a contribuição pôde ser acatada e as simulações realizadas pela área técnica estão anexadas ao presente processo (Nota Técnica nº 15/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 18981910)).

Observações FENASAÚDE:

Vale lembrar que a Federação bem como suas associadas apoiam as mudanças para tornar o processo de alteração de rede mais dinâmico, desde que sejam observados os direitos à livre negociação e à liberdade econômica, mantendo a capacidade assistencial e respeitando os mesmos patamares de qualidade que são práticas legítimas e saudáveis de mercado.

É possível realizar a troca de prestadores mantendo-se a capacidade assistencial dentro dos mesmos padrões de qualidade.

Considerações DIPRO:

Conforme já exposto, entendemos que o modelo proposto não é mais rígido que o atualmente utilizado e sim mais adequado, tanto para as operadoras, que conseguem ter mais flexibilidade para gerirem suas redes, para os prestadores que terão maior estabilidade a medida em que se tornam mais "importantes" na rede de determinado produto, quanto para os consumidores, que permanecerão com os prestadores de maior relevância para o plano.

Observações FENASAÚDE:

Por todo exposto, solicita-se que:

i) seja considerada a alteração da proposta de 80% da curva ABC, para 50% para que se mantenha minimamente o poder de negociação e a concorrência saudável entre todos os players do mercado.

Considerações DIPRO:

Esclarecemos que todas as contribuições foram acima respondidas, entretanto, seguem considerações adicionais:

No que diz respeito ao percentual proposto, observamos que já foram simulados e demonstraram apenas maior ou menor relaxamento da regra proposta.

Observamos que o percentual sugerido, que considera como “A” os prestadores que concentram até 50% das internações, apenas permitiria que mais prestadores possam ser redimensionados.

Ressalta-se que a 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 realizadas pela área técnica estão anexadas ao presente processo (Nota Técnica nº 15/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 18981910)).

Observações FENASAÚDE:

ii) possibilitar a análise da curva ABC por grupo/nível de planos para as operadoras que compõem suas redes desta forma.

Considerações DIPRO:

Atualmente a análise de alteração de rede é realizada por plano, visto trata-se de uma alteração de dados do produto, outro formato de análise pode vir a ser estudada, todavia não faria parte do escopo desse projeto que visa regulamentar o art. 17 da Lei 9656/98.

Observações FENASAÚDE:

iii) seja mantida a possibilidade de exclusão parcial dos serviços contratados, sem a necessidade de substituição por outro prestador, evitando assim a reserva de mercado e possibilitando a manutenção da qualidade dos serviços oferecidos aos beneficiários.

Considerações DIPRO:

A intenção da norma é não permitir o esvaziamento dos serviços hospitalares do hospital.

Lembrando que, atualmente, apenas quando o hospital é excluído como um todo da rede do produto, a autorização da ANS é necessária.

Pela proposta apresentada, apenas quando um prestador é classificado como “A”, a

operadora não poderá excluir parcialmente serviços hospitalares do mesmo, podendo, entretanto, substituir o serviço hospitalar que pretenda excluir.

Observações FENASAÚDE:

iv) que seja permitida a substituição por prestador já pertencente à rede da operadora mediante absorção desde que seja assinado termo de aumento da capacidade de atendimento, ainda que o prestador tenha sido referenciado há mais de 90 dias.

Considerações DIPRO:

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.

Já havia sido acatada a sugestão de desconsiderar o fato de o prestador substituto já ter sido utilizado em outra substituição, visto que, de fato, este prestador substituto seria considerado se a operadora, na mesma solicitação, comunicasse uma substituição de dois hospitais de sua rede por este substituto. Entretanto, o prazo de 90 dias para o prestador substituto ser considerado “novo” no produto foi mantido por entendermos ser um prazo em que o prestador ainda estaria começando a prestar seus serviços aos beneficiários.

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 FENASAÚDE:

v) manter o tratamento diferenciado quando a solicitação de descredenciamento por parte do prestador.

Considerações DIPRO:

Pela proposta, mesmo que o descredenciamento tenha sido solicitado pelo prestador, caso a entidade hospitalar esteja dentre as mais utilizadas do produto na região de saúde (regra do impacto a massa assistida) a operadora terá que substituir o prestador, da mesma forma de quando o descredenciamento é feito por interesse da própria operadora.

Tal regra visa garantir a substituição no caso de exclusão de um dos principais prestadores da rede do plano, independentemente da motivação do descredenciamento.

Conclusão

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 17:42, 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 17:44, 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 **18052003** e o código CRC **2DA5CCDE**.