

PROCESSO Nº: 33910.005859/2017-58

NOTA TÉCNICA Nº 12/2020/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 Desenvolvimento Setorial - DIDES** através do **VOTO Nº 5/2020/DIRAD-DIDES/DIDES** 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 Nº 16/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 18996501)** 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 DIDES:

No que tange aos documentos técnicos juntados aos autos do processo em epígrafe que fundamentam a proposta de norma apresentada, há que se considerar o seguinte:

A Nota Técnica nº 47/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 17274009) apresenta a Análise de Impacto Regulatório, afirmando, segundo seus próprios termos, que se trata de "proposta adequada ao momento atual da ANS e do setor, comparando-a com a proposta de manutenção do presente cenário".

Para análise da referida nota, deve-se considerar o disposto no Guia Orientativo para Elaboração de Análise de Impacto Regulatório[1], publicado pela Casa Civil:

"A AIR não deve ser entendida como uma mera comparação entre alternativas de intervenção. Antes disso, a AIR deve buscar entender a natureza e a magnitude do problema regulatório, definir quais os objetivos pretendidos pela Agência e analisar se algum tipo de intervenção é de fato necessária. Somente após esta reflexão inicial, parte-se para a identificação e análise de possíveis alternativas de ação, de modo a permitir que a melhor escolha possível seja feita. Após o exame de todas as informações e considerações relevantes, a AIR pode inclusive indicar que não regular é a melhor alternativa possível." (pág. 24)

Desta afirmação, extrai-se a importância da correta contextualização do problema regulatório para a formação do juízo decisório daquele a quem compete opinar e decidir. Assim, vislumbra-se essencial que qualquer afirmação aposta no documento deve vir consubstanciada de informações e dados que a justifique.

Neste sentido, sugere-se aprimoramento na identificação do problema regulatório que dá origem à proposta em análise, a fim de que a Nota Técnica nº 47/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO delimite mais claramente a extensão ou magnitude do mesmo, com indicação, por exemplo, de onde o problema ocorre, com que frequência, sobre quais os grupos afetados, etc.

Ademais, sugere-se considerar também quais os efeitos esperados para o problema regulatório delimitado caso nada seja feito, conforme orientação do Guia mencionado:

"A definição do problema deve incluir uma avaliação de sua extensão e de suas consequências. Deve-se investigar e demonstrar que o problema é relevante e tem repercussões suficientes para justificar a atuação da agência, órgão ou entidade e que não se trata de um fato isolado ou circunstancial. Esta etapa também deve incluir uma breve descrição sobre a evolução esperada do problema caso não haja qualquer intervenção. Deve-se investigar se ele continuará existindo ou se agravará, durante o período de tempo definido para a análise, e se suas consequências serão irreversíveis. O cenário de não ação (ou de manutenção de alguma ação que já esteja em andamento) é conhecido como cenário base (baseline scenario)." (págs. 38 e 39)

Vale comentar que os problemas devem ser identificados e apresentados quanto à sua natureza, suas causas e consequências, sua extensão e a expectativa de sua evolução na ausência de intervenção por parte da Agência. Uma vez que não se trata de uma inovação, mas de um aperfeiçoamento de institutos já existentes, é essencial que se demonstre as inadequações percebidas com a identificação do problema regulatório que se pretende solucionar, apresentando suas causas e extensões.

Considerações da DIPRO:

Sobre a sugestão de aprimorar a identificação do problema regulatório, lembramos que desde a regulamentação do setor, com a publicação da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o órgão regulador tem a obrigação de acompanhar e autorizar as alterações de rede hospitalar conforme previsto no seu artigo 17, todavia, como o referido artigo não foi regulamentado, as análises dos pedidos para alteração de rede hospitalar são realizadas com base nos entendimentos dispostos na Nota 393/2010/GGEOP/DIPRO/ANS, complementada pela Nota

Porém, conforme já exposto, dez anos se passaram e os critérios descritos nas referidas Notas precisam ser atualizados para acompanhar a evolução regulatória do setor.

Com a experiência adquirida ao longo desses anos, percebemos que alguns dos critérios lá expostos dificultam a gestão das rede por parte das operadoras, confundem os beneficiários e tornam o processo pouco efetivo, na medida em que, por exemplo, comparam serviços não hospitalares para fins de análise de equivalência na substituição de prestador hospitalar e não consideram a efetiva utilização dos serviços a serem substituídos.

A dinâmica do setor requer uma análise mais eficiente que possibilite às operadoras organizarem sua rede assistencial, refletindo o modelo de gestão adotado por elas e acompanhando a disponibilidade dos serviços de saúde hospitalares.

Para exemplificar, o critério atual adotado para a análise de redimensionamento exige que a operadora não tenha realizado nenhuma internação, nos últimos 12 meses, no prestador que pretende excluir. Caso a operadora tenha realizado uma única internação nesse prestador, sua solicitação de redimensionamento será indeferida, mesmo que o hospital esteja sendo subutilizado.

Diante do exposto, a proposta atual, além de preservar os prestadores mais utilizados pelos beneficiários do plano, evita o comportamento das operadoras de redirecionarem os beneficiários para outros hospitais diferente daquele que pretende excluir, com o objetivo de demonstrar a não utilização do mesmo nos 12 meses anteriores à solicitação de redimensionamento.

Sobre as causas e consequências do problema exposto, sua extensão e a expectativa de sua evolução na ausência de intervenção por parte da Agência, entendemos que os critérios adotados atualmente não foram fruto de um estudo aprofundado, enriquecido de contribuições da sociedade civil e representantes do setor de saúde suplementar, como os construídos desta vez. Os critérios atualmente utilizados foram pensados para tratar de um problema existente à época, que era um grande passivo de processos de alteração de rede (era necessário que a análise fosse realizada de forma padronizada) e a falta de sistemas informatizados para manter a rede hospitalar atualizada. Desta forma, mesmo sem a robustez da proposta atual, tais critérios cumpriram sua missão.

Assim, quando falamos que tal projeto não se trata de uma inovação, mas de um aperfeiçoamento de institutos já existentes, estamos em parte corretos, visto que já existem regras para as análises de alteração de rede. Todavia, as mesmas foram construídas com outro objetivo, não tinham caráter normativo e por isso não passaram por todos os trâmites de uma regulamentação, permanecendo como Notas Técnicas.

Observações da DIDES:

Descrição das possíveis alternativas de ação e Análise dos possíveis impactos e comparação das alternativas de ação:

Na nota supracitada é possível verificar que foi apresentado um "cenário atual" frente a uma "Proposta 2020" construída a partir do resgate do material produzido no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos e dos Diálogos sobre a Agenda Regulatória 2019-2021, nos quais se discutiu o tema com os agentes do setor regulado (operadoras, prestadores e consumidores) e da sociedade civil

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

O AIR atual apenas apresenta a manutenção do cenário atual e a "Proposta 2020", já com seus termos inclusive minutados em norma.

Ainda neste viés, ante a ausência de apresentação de propostas não normativas, o Guia sugere:

"Esta etapa da AIR deve sempre considerar a alternativa de não ação e, se possível, alternativas não normativas. A alternativa de "nada fazer" ou de "manter a situação atual" também servirá como linha de base (baseline) para avaliar, posteriormente, se a alternativa escolhida resolveu ou não o problema." (pág. 45)

Acrescente-se, ainda, que a NOTA TÉCNICA Nº 47/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO apresenta um quadro de pontuação quanto à comparação entre as propostas (ponto 3.3.5 - resumo da ANÁLISE INTERMEDIÁRIA - Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução), cujos critérios sobre os quais as pontuações foram atribuídas carece de maiores esclarecimentos, em especial as "notas" atribuídas às análises das alternativas.

Considerações da DIPRO:

Sobre a necessidade de identificar diferentes possibilidades de se tratar o problema, excluindo aquelas que se mostrarem inviáveis e analisando detalhadamente aquelas que se mostrarem potencialmente eficazes, inclusive no tocante aos possíveis impactos e comparação das alternativas de ação, observamos que apesar da NOTA TÉCNICA Nº 47/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO comparar o "cenário atual" com uma nova proposta (Proposta 2020), vale lembrar que tal projeto está em andamento desde 2016, e em 2017 uma proposta de regulamentação já havia sido encaminhada à Diretoria Colegiada – DICOL, para apreciação.

Nessa oportunidade, foi construído um documento de AIR (SE**0572099**) onde constam outras possibilidades de tratarmos o referido problema.

Sendo assim, conforme já exposto, a presente AIR é uma continuidade da AIR apresentada em 2017, as propostas anteriormente apresentadas fazem parte do presente processo, tendo sido revisadas pela área técnica que concluiu como inviáveis para o momento atual.

Observações da DIDES:

Análise dos impactos relativos às outras áreas.

Verifica-se, também, que a Nota de Impacto Regulatório, ao tratar dos impactos operacionais, deixa de apresentar a análise de impactos sobre as demais unidades e equipes da ANS.

Aqui, cumpre ressaltar o custo administrativo apresentado, enfatizando-se que a DIDES, tendo em vista a interseção regimental já ressaltada, careceria de ter sido formalmente consultada sobre a viabilidade da extração e repasse das informações do sistema TISS de maneira automatizada, a fim de evitar eventuais obstáculos à consecução dos objetivos pretendidos pela presente proposta.

Considerações da DIPRO:

Sobre este aspecto, informamos que todo processo de extração de dados da TISS está sendo testado com a TI e equipe da GEPIN nas simulações efetuadas pela área técnica. Todavia aguarda o momento oportuno para que o procedimento possa ser implementado no Sistema de Alteração de Rede de forma automática.

Assim como os atuais critérios descritos nas Notas 393/2010 e 315/2015 estão previstos no Sistema, para análise automática das solicitações de alteração de rede hospitalar, o objetivo é, com a aprovação da norma proposta, que os novos critérios sejam inseridos no Sistema para que as análises continuem sendo automatizadas.

Observações da DIDES:

Considerações sobre contribuições e manifestações recebidas ao longo da elaboração da AIR:

Cumpra ainda expor que a nota técnica apresentada como AIR não demonstra ter efetivado análises e estudos sobre as considerações apresentadas pelos agentes regulados que se manifestaram nos ambientes de debate citados.

Cita-se, como exemplo, a discussão sobre o percentual no impacto da massa assistida do Art.16, §1º da minuta, cuja resposta na NOTA TÉCNICA Nº 46/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO foi apenas que "no futuro poderá haver adequações pertinentes", o que não parece ser suficiente para a magnitude dos impactos esperados com esta medida.

Considerações da DIPRO:

Sobre a efetivação de análises e estudos por parte da área técnica, informamos que historicamente sempre houve estudos no âmbito dessa diretoria para trazer regulamentação ao referido dispositivo legal:

- No ano de 2005, a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) iniciou estudos para subsidiar o desenvolvimento de normas sobre qualidade e suficiência qualitativa e quantitativa da rede assistencial das operadoras. Para a consecução desse objetivo, identificou a necessidade de conhecer a dinâmica de planejamento adotada pelas operadoras em relação ao dimensionamento e planificação de suas redes assistenciais, bem como os parâmetros de suficiência utilizados.
- No mesmo ano, a ANS organizou encontros denominados "Parâmetros de Suficiência de Rede - A experiência das operadoras". A partir das experiências das operadoras no planejamento de suas redes assistenciais e considerando os parâmetros de suficiência utilizados, foram construídos consensos que nortearam o desenvolvimento da proposta preliminar de parâmetros de suficiência de rede.
- Em 2006, realizou-se o "I Seminário sobre Redes Assistenciais" com representantes das operadoras e prestadores, onde foram apresentados e discutidos os pressupostos, as diretrizes e os referenciais teóricos.
- Ainda em 2006, foi instaurado processo administrativo contendo a proposta de normativo, levada à consulta pública no período de 26 de dezembro de 2006 a 23 de fevereiro de 2007.
- Em 2009, as discussões foram retomadas pela DIPRO, que organizou o "II Seminário sobre Redes Assistenciais", com a participação de representantes da Câmara de Saúde Suplementar (CSS). As contribuições recebidas na Consulta Pública e no II Seminário, somadas às sugestões de diferentes Diretorias da ANS e PROGE, resultaram nas minutas de Resolução Normativa (RN) e Instrução Normativa (IN), consolidadas em novembro de 2009.
- Após a consulta pública, considerando que o tema estudado se referia a questões operacionais, verificou-se que a melhor forma para publicação das novas regras seria através de Instrução Normativa. Dessa forma, os critérios e metodologias para avaliação da rede assistencial com os procedimentos e serviços mínimos a serem ofertados para o registro de um produto e com a categorização desses procedimentos e serviços conforme sua complexidade foram publicados na IN/DIPRO nº 23, de 2009 na forma dos anexos II e II-A. Estes dois anexos chegaram a vigorar de 1º de janeiro a 30 de julho de 2010, sendo revogados pela IN/DIPRO nº 28, de 2010.
- Nessa época foi elaborada a Nota 393/2010 que, conforme disposto, estabelecia os critérios de análise das solicitações de alteração de rede hospitalar por substituição e por redução. Tal documento permitia a análise dos pedidos de forma padronizada, ainda que não houvesse normatização específica.
- Posteriormente, ainda relacionado a esse tema, a partir do trabalho e das intensas discussões acerca do projeto "Definir critérios para análise da suficiência de rede", pertencente ao eixo temático "Garantia de acesso e qualidade assistencial" da Agenda Regulatória 2011/2012, concluiu-se que a estruturação da rede assistencial por si só não basta para garantir a suficiência. Embora uma rede possa estar bem estruturada em termos quantitativos, podem existir barreiras de acesso que impedem o uso do serviço demandado pelo beneficiário.
- O andamento das discussões sobre suficiência de rede, realizado no âmbito da Agenda Regulatória 2011/2012, culminou com a publicação da Resolução Normativa (RN) nº 259, de 17 de junho de 2011, que 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, com a finalidade de proporcionar a prestação oportuna e eficaz da assistência à saúde.
- Com o intuito de avaliar o cumprimento das regras dispostas na RN nº 259, de 2011, e detectar desconformidades que pudessem constituir risco à oferta ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, a ANS iniciou, desde a vigência do referido normativo, em 19 de dezembro de 2011, o Acompanhamento e Avaliação da Garantia de Atendimento.
- No ano de 2014 foram alterados os procedimentos para solicitação de alteração de rede hospitalar, por meio da publicação da IN/DIPRO nº 46, de 2014, revogando-se a IN/DIPRO nº 23, de 2009. Entretanto, ainda nesse momento, não houve a

normatização dos critérios de análise.

- Já em 2016 foi proposto um Projeto que visa à reformulação do processo de trabalho referente ao procedimento para alteração de rede assistencial hospitalar pelas operadoras de planos de saúde, sendo que uma das ações para tal seria a revisão dos critérios para análise de substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede por redução.
- Em 2017 foram então iniciados os trabalhos especificamente relacionados ao tema, mediante a discussão do assunto no Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos e uma proposta de regulamentação foi encaminhada à Diretoria Colegiada – DICOL, para apreciação.
- Com a inclusão do tema na Agenda Regulatória da ANS - 2019-2021, em 2018, e a retomada do projeto para o **aperfeiçoamento dos critérios para alteração de rede hospitalar em 2019**, as propostas foram então revistas e a questão voltou a ser discutida com o setor por meio dos Diálogos Regulatórios.

Podemos observar que a área técnica vem se debruçando em estudos sobre o tema há bastante tempo, e todos esses estudos serviram como base para a proposta ora apresentada.

Adicionalmente, informamos que a COERA/GEARA/GGREP/DIPRO realizou testes e estudos específicos referentes aos critérios propostos (para substituição e redimensionamento) e vem realizando simulações das contribuições advindas das discussões com os entes regulados, prestadores e órgão de defesa.

Entretanto, como ocorre em qualquer normatização, com o passar do tempo e amadurecimento do setor, poderão ser necessários ajustes regulatórios.

No que diz respeito às contribuições para a análise de redimensionamento, 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.

Esclarecemos que todos os percentuais sugeridos pelas entidades foram simulados e demonstraram apenas maior ou menor relaxamento da regra exposta.

Conforme já informado, todas as simulações construídas pela área técnica encontram-se na Nota Técnica nº 15/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEB981910) que integra o presente processo.

Observação DIDES

Da análise da minuta proposta

Minuta de RN

Apresenta-se abaixo tabela analítica para melhor visualização das considerações:

Minuta de RN que Dispõe sobre os critérios para as alterações na rede assistencial hospitalar no que se refere à substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede por redução; Altera a RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, que passa a vigorar acrescida do artigo 88B; Altera a RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, e da outras providências, que passa a vigorar acrescida do Art. 8º A	Comentários DIDES	Observações GEARA/GGREP/DIPRO
Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se: (...) III - Serviços hospitalares - compreendem, no âmbito das internações hospitalares, as clínicas básicas e especializadas, bem como centro de terapia intensiva, ou similar, e atendimento de urgência e emergência, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina;	Trata-se de conceito de suma importância para a norma que carece de maior precisão conceitual. Indaga-se qual tipo de especializações e terapias intensivas (ex: UTI coronarianas) serão consideradas. Requer-se uma delimitação precisa para melhor compreensão do art. 4º	Informamos que tal conceito consta do inciso II, do artigo 12, da Lei 9.656/98. Para fins do art. 4º considera-se exclusão parcial de serviços a retirada de um dos serviços hospitalares previstos no parágrafo 1º do artigo 9º.
Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se: (...) VIII – Comunicação Efetiva - comunicação oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida por todos, produzindo o resultado esperado.	Carece de maior precisão para conferir melhor segurança jurídica.	Informamos que está em andamento o Projeto para regulamentar a forma de Notificação por Inadimplência, permitindo que as operadoras utilizem meios mais modernos, efetivos e com menor valor, reduzindo assim, o custo regulatório imposto (Processo 33910.030331/2019-89). Informamos que tal definição será excluída deste artigo, uma vez que as regras para que tal comunicação seja efetiva, precisa e completa já estarão dispostas em norma. O objetivo da GEARA/GGREP/DIPRO é aproveitar tais regras, com os devidos ajustes, para a comunicação de alteração de rede hospitalar. Neste sentido, informamos que tais regramentos estarão contidos, na forma de ANEXO, na Resolução Normativa que tratará das regras para alteração de rede hospitalar. Segue ao final do documento (nas considerações sobre o Art. 25), as regras sobre Comunicação Individualizada a serem utilizadas pelas operadoras nos casos de alteração de rede (descredenciamento hospitalar e de serviço de urgência e emergência dentro do município de residência do beneficiário)
Art.3º Quanto ao vínculo com a operadora de planos de assistência à saúde, a rede assistencial pode ser: I - Própria: entidade hospitalar de propriedade da operadora de planos de assistência à saúde; ou II - Contratualizada: entidade hospitalar contratada por uma	Em nome da segurança jurídica, sugere-se uniformizar com a redação contida em outros normativos da ANS.	Informamos que a definição própria e contratualizada refere-se a forma de contratação do prestador, ou seja, a relação contratual do prestador com a "operadora contratada pelo beneficiário". Tendo em vista que tal definição já conta no anexo 2º da RN 85/04, consideramos não ser necessária tal definição nesse normativo.

II - Contratualizada, entidade hospitalar contratada por uma operadora de planos de assistência à saúde, podendo ser:		Observamos que a retirada do conceito visou mitigar interpretações contraditórias com outros normativos da ANS.
Art.3º Quanto ao vínculo com a operadora de planos de assistência à saúde, a rede assistencial pode ser: (...) a) Direta: relação formalizada por meio de instrumento jurídico assinado entre a operadora de planos de assistência à saúde e o prestador de saúde; ou b) Indireta: relação intermediada por outra operadora de planos de assistência à saúde.	Sugere-se transpor o conceito da RN 430 para melhor simetria regulatória: "IV – operadora contratada: operadora que detém o vínculo contratual da operação de planos de saúde com os beneficiários na corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários; e V – operadora prestadora: operadora que detém vínculo contratual com a rede prestadora de serviços de assistência à saúde na corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários."	Tendo em vista que tal definição já conta no anexo 2º da RN 85/04, consideramos não ser necessária tal definição nesse normativo. Observamos que a retirada do conceito visou mitigar interpretações contraditórias com outros normativos da ANS.
Art. 4º A disponibilidade dos serviços pode ser: I - Total: contratação de todos os serviços disponibilizados pela entidade hospitalar; ou II - Parcial: contratação de parte dos serviços hospitalares disponibilizados pela entidade hospitalar.	Indaga-se como a ANS será capaz de fiscalizar, sobretudo diante do fato de não possuímos o "rol completo de serviços" da entidade. Ex: Hospital A contratou todos os serviços, exceto UTI neo-natal. Como a ANS saberá se foi uma contratação total ou parcial sem saber se o Hospital A possui ou não UTI neo-natal?	Tendo em vista que tal definição já conta no anexo 2º da RN 85/04, consideramos não ser necessária tal definição nesse normativo. Observamos que a retirada do conceito visou mitigar interpretações contraditórias com outros normativos da ANS.
Art. 6º Todos os prestadores de serviços de saúde da rede assistencial da operadora de planos de assistência à saúde (entidades hospitalares, consultórios, clínicas ambulatoriais e SADT) devem estar informados no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde da ANS, do Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS.	O conceito de rede assistencial definido no art. 2º, I é bem amplo. Parece que a ressalva feita nos parênteses tem o condão de excluir alguns prestadores que podem constar do conceito. Caso todos sejam abrangidos pelos tipos previstos nos parênteses, o recomendável é que sejam transpostos para o conceito também.	Os parênteses têm o objetivo de exemplificar que tanto os prestadores hospitalares quanto os não hospitalares deverão estar cadastrados no RPS, evitando confusão por parte das operadoras que precisam vincular aos produtos apenas os prestadores hospitalares. Artigo foi transcrito da IN 23/2009. O texto é idêntico ao artigo 5º-A.
Art. 7º Nos casos de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução, a operadora de planos de assistência à saúde deverá observar as seguintes diretrizes: (...) II - garantir a qualidade da assistência à saúde, considerando, minimamente, os atributos da eficiência, efetividade, acesso, acessibilidade e segurança do paciente;	Quais atributos serão considerados como <i>standards</i> para verificação desse cumprimento?	Observamos que os itens II e III foram retirado da RN 365/14 que normatiza as substituições de prestadores não hospitalares, visando uma harmonização das regras para prestadores hospitalares e não hospitalares. RN 365, de 2014. "Art. 4º Por ocasião da substituição de prestadores não hospitalares a operadora deverá observar as seguintes orientações: I - disponibilidade de rede assistencial capaz de garantir a assistência à saúde e sua continuidade, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, considerando a cobertura assistencial contratada. II - garantia da qualidade da assistência à saúde, considerando-se os seguintes atributos: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade e segurança do paciente; III - utilização de informações demográficas e epidemiológicas relativas ao conjunto de beneficiários com quem mantém contrato para o estabelecimento de prioridades de gestão e organização da rede assistencial; e IV - direito à informação, ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários, quanto à composição e localização geográfica de sua rede assistencial." Entretanto, por entendermos tratar-se de conceitos difusos e de difícil verificação de cumprimento, ponderamos pela retirada dos itens II, III e V do normativo proposto. Observamos que tais garantias já são de responsabilidade da operadora, não havendo necessidade de constarem na presente norma.
Art. 7º Nos casos de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução, a operadora de planos de assistência à saúde deverá observar as seguintes diretrizes: (...) III – garantir o estabelecimento de prioridades de gestão e organização da rede assistencial a partir de informações demográficas e epidemiológicas relativas ao conjunto de beneficiários com quem mantém contrato;	Indaga-se o que será considerado como <i>standard</i> para verificação desse cumprimento.	Idem observação acima.
Art. 7º Nos casos de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução, a operadora de planos de assistência à saúde deverá observar as seguintes diretrizes: (...) V – garantir informação, ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários, quanto à composição e localização geográfica de sua rede assistencial.	A RN nº 285 dispõe sobre "a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet". Essa garantia já existe e é reforçada por aquela norma. Esse inciso pode trazer controvérsia jurídica se houve ou não revogação implícita da RN 285.	Idem observação acima

<p>Art. 8. Às operadoras de planos de assistência à saúde é permitido realizar substituição de entidades hospitalares desde que sejam equivalentes e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, nos termos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.</p>	<p>Indaga-se se essa análise será posterior à substituição, ou seja, se a substituição não será condicionada à decisão da ANS. Tal informação deve ficar mais clara, pois se trata de uma das principais diferenças entre substituição e redimensionamento por redução.</p>	<p>A Lei 9.656/98 não condiciona as substituições de prestadores à autorização da ANS. Apenas os redimensionamentos por redução necessitam de autorização expressa (§4º, artigo 17).</p> <p>O texto proposto para o artigo foi trazido do próprio artigo 17 da Lei 9.656/98.</p> <p>Apesar de não necessitar de autorização do órgão regulador, caso seja identificada a ocorrência de substituição não equivalente, a operadora estará incorrendo em infração prevista no art. 87 da RN 124/06 por deixar de observar a equivalência na substituição de entidade hospitalar.</p>
<p>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.</p> <p>§1º Para fins da avaliação que trata o art. 9 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.</p>	<p>Indaga-se como será a identificação dessa utilização. Caso seja através do uso da TISS, indaga-se se foi elaborado um mecanismo de consulta automática e não caso-a-caso pela GEPI. Isso é fundamental para viabilidade da proposta.</p> <p>Considerando que a intenção da norma seja que ambos – substituído e substituto – tenham tido utilização nos últimos 12 meses nesse serviço, indaga-se como seria possível incluir novos hospitais que não prestam serviço à saúde suplementar. Tal batimento será feito sem número mínimo, ou seja, se tiver 1 ou 10000 atendimentos em cada serviço é o mesmo critério?</p> <p>De forma geral, trata-se de importante disposição que não contém os parâmetros necessários para conferir segurança jurídica ao setor</p>	<p>Todo processo de extração de dados da TISS está sendo testado com a TI e equipe da GEPI. Nas simulações efetuadas pela área técnica. Todavia aguarda o momento oportuno para que o procedimento possa ser implementado no Sistema de Alteração de Rede de forma automática.</p> <p>Assim como os atuais critérios descritos nas Notas 393/2010 e 315/2015 estão previstos no Sistema para análise automática das solicitações de alteração de rede hospitalar, o objetivo é, com a aprovação da norma proposta, que os novos critérios sejam inseridos no Sistema para que as análises continuem sendo automatizadas.</p> <p>A intenção é que a análise de equivalência seja baseada na utilização. Por exemplo: Se a operadora não utilizou o serviço de internação em UTI neonatal do hospital a ser substituído, não será exigido que o hospital substituto possua tal serviço.</p> <p>A análise de utilização dos serviços (para fins de substituição) por meio da TISS não levará em conta a quantidade de internações, mas sim se houve utilização daqueles serviços por parte dos beneficiários dos planos a serem alterados.</p> <p>Sobre a análise da existência dos serviços nos hospitais substitutos por meio da TISS, essa é apenas uma das formas de se avaliar, considerando que se o hospital é novo para determinada operadora mas já presta serviço a outras, a indicação de utilização dos serviços por meio da TISS demonstraria a existência dos mesmos na entidade. Para hospitais novos na saúde suplementar, podemos avaliar o CNES (caso a operadora informe no RPS que a forma de contratualização será total) ou declaração da própria operadora sobre os serviços a serem contratados no novo hospital (no caso de contratação parcial de serviços).</p>
<p>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.</p>	<p>Pelo o exposto no Art.11 da minuta apresentada, a operadora poderá indicar um estabelecimento substituto que já pertence à rede de atendimento do produto, desde que comprovado através de aditivo contratual, que houve aumento da capacidade de atendimento no mesmo, nos últimos 90 dias, correspondente aos serviços que estão sendo excluídos.</p> <p>Assim, um prestador que tenha os mesmos serviços hospitalares do prestador substituído poderá ser incluído como substituto, mesmo que não tenha o número exato de leitos do prestador a ser excluído?</p> <p>Nesse ponto, sugere-se que seja estabelecido um critério objetivo sobre o referido aumento da capacidade, a partir de estudo técnico, de modo a não colocar em risco o atendimento.</p> <p>Ademais, indaga-se como que o aditivo contratual demonstraria esse aumento da capacidade de atendimento. Por exemplo, o aditivo incluindo os serviços de UTI em hospital de pequeno porte já contratualizado seria apto a justificar a exclusão de tal serviço em hospital de grande porte?</p> <p>Ademais, o artigo não define um fluxo previsível e sistemático para recebimento e resposta dessa demanda. Essa demanda seria feita a quem? Essa substituição se daria antes ou após a decisão? E caso houvesse discordância? Etc.</p>	<p>Sim, um prestador que tenha os mesmos serviços hospitalares do prestador substituído poderá ser incluído como substituto, mesmo que não tenha o número exato de leitos do prestador a ser excluído.</p> <p>Conforme já exposto, a ANS optou por avaliar a rede das operadoras por meio do acesso e não de forma quantitativa. Sabemos que os mesmos leitos dos hospitais são compartilhados entre diversas operadoras, particulares e até mesmo paciente do SUS, desta forma, é inútil avaliar quantidade de leitos na substituição (como é feito atualmente para os serviços de UTI).</p> <p>A proposta de comprovar através de aditivo contratual, o aumento da capacidade de atendimento, nos últimos 90 dias, correspondente aos serviços que estão sendo excluídos, foi aproveitada da regra utilizada para a substituição de prestadores não hospitalares (RN 365/2014), já que um dos objetivos da norma foi unificar as regras de substituição de prestadores não hospitalares e hospitalares.</p> <p>Entendemos que um aumento da capacidade operacional numa entidade já integrante da rede do plano se equivaleria a contratação de um novo prestador para fins de substituição.</p> <p>Com relação aos questionamentos sobre quem receberia e responderia tais demandas, informamos que todas as comunicações de substituição de prestadores hospitalares são encaminhadas à ANS através do Sistema de Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar e permanecerão sendo feitas dessa forma, sob responsabilidade da DIPRO.</p> <p>Sendo assim, questionamentos, dúvidas e análises de recurso sobre este tema serão da responsabilidade da GEARA/GGREG/DIPRO, como é atualmente.</p> <p>Adicionalmente, lembramos que a substituição de prestadores hospitalares não exige autorização da ANS, sendo comunicadas via Sistema e monitoradas posteriormente para verificação da necessária equivalência.</p>
	<p>Com relação ao 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. Sugere-se que demonstrem quais foram os critérios técnicos que apontem ser este prazo suficiente e razoável para a respectiva negociação e celebração do aditivo necessário, tendo em vista que tal prazo foi reiteradamente contestado pelos interessados (doc.SEI 17196758).</p>	<p>Na atual regra de substituição de prestador hospitalar, o prestador indicado como substituto deverá ser novo na rede do produto alterado. Na proposta apresentada, também consideraremos como "novo", e poderá ser indicado como substituto, prestador que já faça parte da rede do plano mas que tenha sido disponibilizado aos beneficiários no prazo máximo de 90 dias.</p>

<p>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.</p>	<p>Percebe-se que, sobre o tema, a NOTA TÉCNICA Nº 46/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO apenas expôs que o prazo de 90 dias para o prestador substituto ser considerado "novo" no produto foi mantido.</p> <p>Além disso, não se identificou nos documentos técnicos qual foi a intenção de considerá-lo "novo". Se for incluído depois de 90 dias não será "novo"?</p> <p>Por fim, as questões de fraude e infração sanitárias, apesar de previstas na lei, não foram contempladas na proposta de disciplina.</p>	<p>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, o mesmo ainda não teria sido nem mesmo utilizado pelos beneficiários.</p> <p>Além disso, utilizamos o prazo de 90 dias em analogia ao prazo para negociação de reajuste previsto na RN 363, de 2014.</p> <p>As questões de fraude e infração sanitárias já estão previstas na lei e não se fizeram necessárias nesse normativo.</p>
<p>Art. 15. Será considerado encerramento das atividades da entidade hospitalar quando:</p> <p>I - ocorrer o fechamento total do estabelecimento;</p> <p>II - forem extintas todas as atividades hospitalares contratadas pela operadora; e</p>	<p>"Fechamento" é um termo não técnico. Falta de referência sobre o que é "extinção" de atividade hospitalares. Ademais, são atividade (novo conceito) ou àqueles serviços previstos no art. 2º, III?</p>	<p>Tais conceitos já são de amplo conhecimento do setor por já constarem na IN 46 de 2014.</p> <p>Além disso, tal termo também é utilizado no normativo que trata do recolhimento da TAP, de acordo com o art. 17-A da RN nº 89, de 2005, alterada pela RN nº 101, de 2005, "a taxa não é devida no caso de encerramento das atividades do prestador".</p> <p>As atividades hospitalares descritas referem-se a todas as atividades de internação, visto que neste caso o prestador deixa de ser considerado "hospitalar" e, caso continue disponibilizando outros serviços não hospitalares para a operadora, passa a ser classificado como "não hospitalar" para fins de cadastro no RPS.</p>
<p>III - a prestação de todas as atividades hospitalares passar a ser exclusiva para o Sistema Único de Saúde – SUS.</p>	<p>Falta de clareza sobre a intenção do dispositivo e sobre qual situação fática buscou contemplar. Seria o caso de um hospital privado passar a prestar serviços exclusivamente ao SUS, baseada exclusivamente na avaliação deste de que o relacionamento com o SUS lhe é mais vantajoso do que o relacionamento com operadoras? Neste caso, parece que isso apontaria uma falha no relacionamento que recairia sobre o beneficiário, que perderia uma entidade hospitalar de sua rede por uma questão eminentemente relacional-comercial.</p>	<p>Desde 2014 (IN 46) consideramos o caso de um hospital privado passar a prestar serviços exclusivamente ao SUS como um encerramento de atividades do prestador, visto que nesses casos a operadora não tem governabilidade sobre o necessário descredenciamento da entidade.</p>
	<p>Nessa questão não se percebe que a proposta, inclusive a NOTA TÉCNICA Nº 46/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, avaliou e respondeu suficientemente as contribuições apresentadas no doc.SEI 17196758, como, por exemplo, a solicitação de redução do percentual para prestadores com a participação mínima a fim de se evitar que, no cálculo, um prestador com participação ínfima acabe impactando e impossibilitando a alteração. Além disso, requer-se que a escolha do critério "região" de saúde, fugindo à regra geral de territorialidade municipal, seja explicada de forma fundamentada.</p> <p>Nessa questão também não se percebe que a</p>	<p>No que diz respeito as contribuições para a análise de redimensionamento, 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.</p> <p>Esclarecemos que todos os percentuais sugeridos pelas entidades foram simulados e demonstraram apenas maior ou menor relaxamento da regra exposta.</p> <p>Ressaltamos 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 realizadas estão anexadas ao presente processo, através da Nota Técnica Nº 15/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 18981910).</p> <p>Quanto a 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.</p> <p>No redimensionamento de rede, cabe aos demais prestadores da rede a absorção da demanda pelos atendimentos, entretanto, se avaliássemos a rede do plano como um todo, num plano nacional, por exemplo, dificilmente um prestador localizado em municípios pequenos seria classificado com A, podendo este ser redimensionado a qualquer tempo, mesmo que seja um dos principais hospitais da região de saúde.</p> <p>Somente os hospitais de grande porte das capitais seriam preservados na rede das operadoras, caso a rede do plano fosse avaliada como um todo.</p> <p>Por outro lado, avaliar o impacto dos redimensionamentos dentro do município não seria viável, visto que, aproximadamente, em 71% dos municípios do Brasil há ausência de estabelecimentos privados para internação, conforme estudo dos Vazios Assistenciais e Simulações apresentadas na Nota Técnica Nº 15/2020 já citada.</p> <p>Com relação à identificação da utilização dos serviços, ressaltamos que estes serão verificados através das informações da TISS, em processo automatizado via Sistema de Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar, conforme destacado em item anterior.</p> <p>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:</p> <p>Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:</p> <p>VIII - Curva ABC: também chamada de análise de Pareto ou regra 80/20, é um método de categorização cujo obje"vo é determinar quais são os itens mais importantes de um conjunto de dados. Na regra de alteração de rede hospitalar, a metodologia auxiliará</p>

<p>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.</p> <p>§1º Para fins desta Resolução Normativa, considera-se a ocorrência de impacto sobre a massa assistida quando o redimensionamento envolver entidades hospitalares responsáveis por até 80% dos atendimentos na sua região de saúde, nos últimos 12 meses, para os planos objetos do redimensionamento (Curva ABC).</p>	<p>proposta, inclusive a NOTA TÉCNICA Nº 46/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, avaliou e respondeu suficientemente as contribuições apresentadas no doc.SEI 17196758, como, por exemplo, a solicitação de redução do percentual e de limitação para prestadores com a participação mínima a fim de se evitar que, no cálculo, um prestador com participação ínfima acabe impactando e impossibilitando a alteração. Além disso, sugere-se que a escolha do critério "região" de saúde, fugindo à regra geral de territorialidade municipal, seja melhor esclarecida e fundamentada para maior compreensão da proposta.</p> <p>Como será a identificação dessa utilização? Se se der através do uso da TISS, indaga-se se foi elaborado um mecanismo de consulta automática e não caso-a-caso pela GEPIN. Isso é imprescindível para viabilidade de tal proposta.</p> <p>Também há falta de clareza na norma sobre os critérios utilizados para a definição destes prestadores.</p> <p>Curva ABC ou análise de pareto é uma base para o percentual utilizado (80%), mas como seria sua aplicação prática? Exemplo: Hospital A - 15%, Hospital B, C, D, E, F, G, H, I – 10% e Hospital J – 5%. Qual poderá ou não ser excluído?</p>	<p>no conhecimento do percentual de participação de cada prestador, por plano, no total de atendimentos de internação da Região de Saúde.</p> <p>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.</p> <p>§1º Para fins desta Resolução Normativa, considera-se a ocorrência de impacto sobre a massa assistida quando o redimensionamento envolver entidades hospitalares responsáveis por até 80% dos atendimentos na sua região de saúde, nos últimos 12 meses, para os planos objetos do redimensionamento (Curva ABC).</p> <p>§2º Para fins de delimitação do quantitativo de prestadores, responsáveis por até 80% das internações, na Região de Saúde, os prestadores serão ordenados em ordem decrescente de número de internações.</p> <p>Todavia, para mitigar qualquer dúvida, segue abaixo um maior detalhamento sobre a metodologia escolhida:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 Nº 15/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 18981910).</p> <p>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).</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <p>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.</p> <p>§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.</p> <p>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.</p> <p>A simulação acima também encontra-se na Nota Técnica Nº 15/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 18981910).</p>
<p>Art. 17. Não será permitida a exclusão parcial de serviços, contratados em entidades hospitalares, cujo redimensionamento por redução ocasione impacto à massa assistida, conforme estabelecido no art. 16.</p> <p>§1º No caso de eventual exclusão de serviço hospitalar contratado na situação disposta no caput, deverão ser observadas as regras estabelecidas no art. 9, referente à substituição de entidades hospitalares, para cada serviço hospitalar a ser excluído.</p> <p>§2º As exclusões parciais de serviços deverão ser comunicadas aos beneficiários, nos termos do Capítulo V desta Resolução Normativa, sendo que os serviços disponibilizados pelas entidades hospitalares deverão estar efetivamente divulgados, nos termos da Resolução Normativa nº 285, de 2011.</p>	<p>A redação carece de maior clareza sobre a intenção do dispositivo e sobre qual situação fática buscou contemplar. Entende-se que somente pode haver exclusão parcial de serviços que não impactem a massa assistida e, estes, devem observar os critérios de substituição. Ou seja, dessa forma, parece que dificilmente ocorreria esta exclusão parcial, preponderando a somente substituição.</p> <p>Nesses casos, o critério do impacto à massa assistida levará em consideração a utilização dos serviços a serem excluídos ou toda a operação daquele prestador? Essa seção deveria tratar de forma mais precisa essa questão.</p> <p>Por fim, essas entende-se que essas exclusões parciais seguiriam o fluxo das substituições e não passariam pelo fluxo de aprovação, podendo configurar burla ao critérios de redimensionamento de rede por redução previsto na lei.</p>	<p>A intenção é não permitir o esvaziamento dos serviços hospitalares do hospital sem a necessidade de autorização do órgão regulador. Lembrando que, atualmente, apenas quando o hospital vai ser excluído como um todo da rede da operadora, a autorização da ANS é necessária.</p> <p>Desta forma, pela regra proposta, quando um prestador é classificado como "A", a operadora não poderá redimensioná-lo e nem excluir serviços hospitalares do mesmo (exclusão parcial de serviços), podendo substituir o prestador ou o serviço hospitalar que pretenda excluir (seguindo as regras propostas para substituição).</p> <p>Para fins do art. 4º considera-se exclusão parcial de serviços a retirada de um dos serviços hospitalares previstos no parágrafo 1º do artigo 9º.</p>
<p>Art.18. Não será permitida a exclusão de serviços de Urgência e</p>		

<p>Emergência, contratados em entidades hospitalares, cujo redimensionamento por redução ocasione impacto à massa assistida, conforme estabelecido no art. 16.</p> <p>§1º No caso de eventual exclusão de serviço de Urgência e Emergência, na situação disposta no caput, deverão ser observadas as regras estabelecidas no art. 9º, referente à substituição de entidades hospitalares.</p> <p>§2º As exclusões de serviços de Urgência e Emergência deverão ser comunicadas aos beneficiários, nos termos do Capítulo V desta Resolução Normativa, sendo que esses serviços disponibilizados deverão estar efetivamente divulgados, nos termos da Resolução Normativa nº 285, de 2011.</p>	<p>Idem comentário acima</p>	<p>Idem comentário acima.</p> <p>A regra de exclusão parcial de serviço hospitalar também se aplica às exclusões de serviço de urgência e emergência.</p>
<p>Art. 21. 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.</p>	<p>Carece de maior clareza a intenção do dispositivo e sobre qual situação fática buscou contemplar. Tais obrigações decorrem naturalmente de obrigações estipuladas por outras normas da ANS: garantia de atendimento, RN 395, etc.</p>	<p>Tal artigo visou esclarecer uma dúvida constante das operadoras. Como nos casos de encerramento das atividades do prestador não é necessário o recolhimento da TAP (de acordo com o art. 17-A da RN nº 89, de 2005, alterada pela RN nº 101, de 2005, a taxa não é devida no caso de encerramento das atividades do prestador), as operadoras têm dúvidas quanto a necessidade de solicitação de alteração de rede, nesses casos.</p>
<p>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 alta hospitalar da mãe e do recém-nascido até o 30º dia.</p>	<p>Trata-se de intervenção drástica na esfera privada. A norma prevê situação de "contratação forçada" o que pode trazer graves desequilíbrios à relação contratual. Por exemplo, qual será o preço cobrado pelo prestador que sabe que a operadora é obrigada a contratá-lo?</p> <p>Ademais, a norma entra nos aspectos de relacionamento entre operadoras e prestadores trazendo a aplicabilidade imediata da alteração normativa, em desprestígio ao ato jurídico perfeito (contrato) como sinalizado na análise geral da ASSNT e GASNT.</p> <p>Assim, revela-se fundamental que a DIDES seja consultada sobre este ponto da proposta, sobretudo com relação à contratualização e necessidade de adaptação dos contratos.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Lembramos, porém, que outra regra já proposta na RN, que faculta 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.</p>
<p>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.</p> <p>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 movo de alteração de rede credenciada, caso assim deseje</p>	<p>Trata-se disposição com grande potencial de impacto no setor, considerando que são comuns as alterações de rede por parte das operadoras, em especial as substituições. Dessa forma, tal artigo tem o condão de esvaziar a RN 438, especialmente por eliminar o requisito da faixa de preço.</p> <p>Ademais, há todo um aparato normativo-processo-sistêmico para o exercício da portabilidade prevista na RN 438. Esse aparato irá incluir essas situações específicas?</p> <p>Por fim, não foi encontrado análise de impacto regulatório que contemplasse essa disposição específica.</p>	<p>Entendemos que ao comprar um plano de saúde, o beneficiário está adquirindo a rede de sua escolha, desta forma, as alterações de rede sofridas nesse plano trazem prejuízo aos beneficiários que não tem ajustados os valores pagos à operadora quando dessas alterações.</p> <p>Pensando nisso, a portabilidade se mostrou eficaz por permitir que beneficiário possa portar para outro plano, de rede similar a que possuía no ato da contratação, sem ter que cumprir novas carências.</p> <p>De acordo com a proposta apresentada , a Portabilidade em decorrência do descredenciamento de rede, deverá ocorrer nos mesmos termos já previstos nas RN 438/18, considerando ainda em especial as dispensas de cumprimento dos requisitos de prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço.</p> <p>Visando <u>não esvaziar</u> a RN 438, tal dispositivo permite a portabilidade <u>apenas</u> na ocorrência de descredenciamento de entidade hospitalar, no <u>município de residência do beneficiário (sugestão acatada)</u></p> <p>Destaca-se que a alteração da localização do prestador, do <u>município de contratação</u> do plano para <u>município de residência</u> do beneficiário, visou 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.</p> <p>Ainda sobre essa regra, acatamos a contribuição de que a data de início da contagem do prazo para portabilidade 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 regras de portabilidade.</p> <p>Segue novo texto para o artigo:</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p>Observamos que as contribuições recebidas sobre o tema não demonstraram preocupação visto que a portabilidade já é um</p>

		<p>instrumento utilizado pelas operadoras.</p> <p>Acrescente-se, ainda, que atualmente a "rede" configura-se na segunda motivação para portar de um plano.</p>
<p>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.</p> <p>Parágrafo único. A forma de comunicação individualizada deverá ser idêntica a comunicação para notificação do beneficiário por inadimplência e suspensão de contratos.</p>	<p>Ressalta-se que não foi apresentado estudo do custo operacional de tal imposição às OPS, se limitando a área a expor que o ganho para a sociedade ultrapassa o possível ônus a ser gerado para o ente regulado. Dessa forma, percebe-se a necessidade de que estudos nesse sentido sejam realizados.</p>	<p>Informamos que está em andamento o Projeto para regulamentar a forma de Notificação por Inadimplência, permitindo que as operadoras utilizem meios mais modernos, efetivos e com menor valor, reduzindo assim, o custo regulatório imposto (Processo 33910.030331/2019-89).</p> <p>Informamos que os impactos dessa forma comunicação estão expostos na AIR do referido projeto.</p> <p>Conforme já informado em consideração anterior, o objetivo da GEARA/GGREP/DIPRO é aproveitar tais regras, com os devidos ajustes, para a comunicação de alteração de rede hospitalar. Neste sentido, e atendendo a contribuições apresentadas, informamos que tais regramentos estarão contidos, na forma de ANEXO, na Resolução Normativa que tratará das regras para alteração de rede hospitalar.</p> <p>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.</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Parágrafo único. A forma de comunicação individualizada disposta no caput deste artigo está prevista no Anexo desta Resolução Normativa.</i></p> <p>ANEXO</p> <p><i>A Comunicação Individualizada poderá ser realizada pelos seguintes meios:</i></p> <p><i>I - correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;</i></p> <p><i>II - mensagem de texto para telefones celulares (SMS);</i></p> <p><i>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);</i></p> <p><i>IV - ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;</i></p> <p><i>V - carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura do contratante;</i></p> <p><i>VI - preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pelo contratante.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>A comunicação realizada por SMS ou aplicativo de dispositivos móveis, prevista, respectivamente, nos itens II e III, somente será válida se o destinatário responder à notificação confirmando o seu recebimento ou for suprida por outra forma de comunicação prevista.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p>
<p>Art. 26. As formas de comunicação de que trata esta seção não exige a operadora de atender as demais disposições da RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011.</p>	<p>A RN nº 285 dispõe sobre "a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet". Esses incisos podem trazer grande controvérsia jurídica se houve ou não revogação implícita de determinado artigo da RN 285. Recomenda-se a supressão de tais disposições e a transposição para eventual alteração na RN 285.</p>	<p>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 <u>nos seus Portais Corporativos na Internet</u>.</p> <p>Entretanto, além da obrigatoriedade de divulgar algumas alterações na rede credenciada em espaço restrito do Portal Cooperativo das operadoras, a regra proposta estabelece outras formas de comunicar aos beneficiários as alterações de rede ocorridas, como, por exemplo, a forma individualizada, para alterações específicas que geram maior impacto aos beneficiários.</p> <p>Desta forma, optou-se por deixar na proposta de normativo todas as regras sobre comunicação de alteração de rede hospitalar (site e 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.</p>
<p>Art.29. Caso sejam identificadas incorreções ou omissões nas solicitações de alteração de rede hospitalar, a ANS poderá se valer de outras medidas administrativas, como, por exemplo, a suspensão dos produtos e/ou indicação da operadora ao Regime de Direção Técnica, além das acima expostas e outras que se tornarem necessárias.</p>	<p>Indaga-se como isso será feito. São medidas gravosas que precisam do estabelecimento de critérios para o setor de forma a garantir sua segurança jurídica.</p>	<p>Caso sejam identificados indícios de fraudes nas informações prestadas nas solicitações de alteração de rede hospitalar, a GGREP/DIPRO sugerirá a DIFIS a representação pelo artigo 37 da RN 124/06, como já é feito atualmente.</p>
<p>Art. 31. A RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018, que dispõe a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, revoga a Resolução Normativa - RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a</p>		

<p>imposição de cobertura parcial temporária, e revoga os artigos 1º, 3º, 4º e 7º e o §2º do artigo 9º, todos da RN nº 252, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências, passa a vigorar acrescida do Art. 8º-A com a seguinte redação:</p> <p><i>Art. 8º A - A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência do descredenciamento de prestador hospitalar no município de contratação do plano do beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário do descredenciamento, não se aplicando os requisitos de prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço previstos, respectivamente, nos incisos III e V do caput do artigo 3º desta Resolução.</i></p>	<p>Comentários feitos no capítulo específico.</p>	<p>Comentários no art. 23</p>
<p>Art. 32. Esta resolução aplica-se à todas as modalidades de operadoras somente no que não for incompatível com a regulamentação específica em vigor.</p>	<p>Há falta de clareza sobre a intenção do dispositivo e sobre qual situação fática buscou contemplar. Teme-se que traga insegurança jurídica ao setor por falta de critérios claros acerca da sua aplicação ou não, além de não seguir a regra geral que a revogação deve, sempre que possível, ser expressa.</p>	<p>Está em curso projeto específico para alteração da RN nº 137/ 2006 que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar e as regras para alteração de rede hospitalar nesta modalidade de operadora também estão em estudo.</p> <p>Sendo assim, a proposta de normativo já está prevendo alguma possível exceção da regra para as autogestões, caso ocorra, ou outra situação específica.</p>
<p>Sem Artigo normativo correspondente</p>	<p>Por fim, questiona-se a ausência da adoção de critérios de qualidade para substituição, tendo sido tal assunto, inclusive, objeto de contribuições dos interessados (doc.SEI 17196758).</p> <p>A justificativa da área, na NOTA TÉCNICA Nº 46/2020/GEARA – sei 17144836, de ser prematura tal adoção de critérios não resta fundamentada satisfatoriamente.</p>	<p>Sobre a adoção dos critérios de qualificação na alteração de rede hospitalar, sabe-se que muitos beneficiários adquirem produtos por conta de determinados hospitais credenciados na rede assistencial e muitos desses hospitais são 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.</p> <p>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 (hospitais, 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.</p> <p>Assim, em atendimento às contribuições recebidas nesse sentido, inclusive da Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial - GEEIQ/DIDES, e por considerarmos que essa medida inicial poderá incentivar a qualificação dos prestadores, assim como 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Importante observar que o critério apresentado será associado aos outros anteriormente sugeridos para a substituição.</p> <p>A Nota Técnica nº 15/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 18981910) 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.</p>

Observações da DIDES:

Do mesmo jeito, na NOTA TÉCNICA Nº 46/2020/GEARA/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, não se vislumbrou efetiva análise das contribuições que solicitavam aumento do prazo de 90 dias do "prestador novo", previsto no Art.12 da minuta.

Considerações da DIPRO:

Foi acatada, anteriormente, 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 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.

CONCLUSÃO DIDES:

Diante de todo o exposto, conclui-se que, não obstante os apontamentos, as considerações e as contribuições apresentadas ao longo deste documento, que representa o posicionamento da DIDES com diretoria com competência convergente para tratar do tema conforme previsão do Regimento Interno da ANS, em especial aquelas que se referem ao aprimoramento da análise de impacto regulatório apresentada, que permita de forma clara, precisa e segura que se construa uma proposta que atenda às necessidades dos agentes regulados do setor de saúde suplementar, **voto pela autorização para realização da Consulta Pública proposta, na qual o presente deve ser integrada.**

CONSIDERAÇÕES FINAIS DIPRO:

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 17:43, 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 17:58, 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 **18053323** e o código CRC **E1CD4A44**.