

**PROCESSO N°: 33910.005859/2017-58**

**NOTA TÉCNICA N° 14/2020/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 trazidos pela **Diretoria de Gestão - DIGES**, encaminhadas à GGREP/DIPRO por meio de e-mail em 13 de agosto de 2020 (SEI 18041399), a respeito do tema: Aperfeiçoamento dos Critérios de Alteração de Rede Hospitalar.

Destacamos que as considerações aqui abarcadas se referem exclusivamente às contribuições e sugestões oferecidas por essa Diretoria nessa última oportunidade. A consolidação de todas as contribuições recebidas nesses últimos 5 anos, incluindo aquelas trazidas pelas outras Diretorias da ANS após encaminhamento da proposta à 530ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, encontram-se na NOTA TÉCNICA N° 16/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (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.

Seguem observações da DIGES com relação à Minuta de RN apresentada à época e as devidas considerações desta Diretoria de Normas de Habilitação dos Produtos - DIPRO:

## RESOLUÇÃO NORMATIVA N° XX, DE XX DE XXXXXX DE 2020.

Dispõe sobre os critérios para as alterações na rede assistencial hospitalar no que se refere à substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede por redução; Altera a RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, que passa a vigorar acrescida do artigo 88-B; Altera a RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, e da outras providências, que passa a vigorar acrescida do Art. 8º A.

A Diretoria Colegiada da Agencia Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os artigos 1º e 3º, incisos IV, XXIV e XXV do artigo 4º e inciso II do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada no dia XX de XXXXX de 2019, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

### CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre os critérios para as alterações na rede assistencial hospitalar no que se refere à substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede por redução, regulamentando o disposto no artigo 17 da Lei 9.656, de 1998.

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

#### Seção I Dos Conceitos

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

I - **Rede Assistencial** - conjunto de estabelecimentos de saúde, equipamentos e recursos humanos, próprios, contratados, referenciados, credenciados ou cooperados de uma operadora de plano de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, de modo a atender às necessidades de saúde dessa população;

II - **Entidade Hospitalar** - estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa;

#### Observações da DIGES:

A definição de entidade hospitalar deveria dizer que são serviços contínuos durante 24h, para não confundir com *day hospital*. Sugere-se a menção à inscrição no CNES como entidade hospitalar.

**Considerações da DIPRO:**

Definição constante na IN 46/2014, bem como do Glossário da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

*III - Serviços hospitalares - compreendem, no âmbito das internações hospitalares, as clínicas básicas e especializadas, bem como centro de terapia intensiva, ou similar, e atendimento de urgência e emergência, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina;*

*IV - Substituição de Entidade Hospitalar - troca de uma unidade hospitalar por outra(s) equivalente(s);*

*V - Prestador substituto - prestador de serviços de atenção à saúde indicado pela operadora para substituir a entidade hospitalar a ser excluída;*

*VI - Redimensionamento da Rede Hospitalar por Redução - supressão de ~~um~~ estabelecimento hospitalar da rede do produto;*

**Observações da DIGES:**

A definição faz parecer que só se pode reduzir 1 unidade hospitalar.

**Considerações da DIPRO:**

Acatado.

*VII - Suspensão Temporária do Atendimento Hospitalar - suspensão das atividades de uma entidade hospitalar, por determinado período, podendo ser motivada pela realização de obra ou reforma no espaço físico do prestador ou em decorrência de intervenção pública, sanitária ou fiscal; e*

**Observações da DIGES:**

Sugere-se a delimitação de marco temporal para esse intervalo da temporariedade da suspensão.

**Considerações da DIPRO:**

Informamos que tal dispositivo consta na Instrução Normativa 46 desde 2014 por ser motivo de dúvida constante das operadoras quanto à necessidade de solicitação de alteração de rede, nesses casos. Tal normativo também dispõe sobre as situações em que se enquadram a motivação “suspensão temporária dos atendimentos” nos prestadores.

Segue transcrição dos artigos da IN 46 que tratam do assunto:

Art. 10. A operadora de planos de assistência à saúde não está obrigada a solicitar substituição de entidade hospitalar ou redimensionamento de rede por redução nos casos de suspensão temporária do atendimento hospitalar na entidade hospitalar de sua rede.

Parágrafo único. Na hipótese de suspensão temporária do atendimento hospitalar na entidade

hospitalar, a operadora de planos de assistência à saúde deverá:

- a) continuar a oferecer a plenitude da cobertura contratada, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente publicado pela ANS, observando, ainda, o que dispõe a Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011;
- b) comunicar seus beneficiários sobre a suspensão temporária dos serviços na entidade hospitalar, com o período estimado de interrupção, indicando as alternativas disponíveis na rede para prestação do atendimento; e
- c) manter comprovação da suspensão temporária do atendimento hospitalar na entidade hospitalar, para fins de eventual fiscalização da ANS.

Art. 11. Caso a operadora de planos de assistência à saúde opte por solicitar substituição de entidade hospitalar ou redimensionamento de rede por redução, nos casos de suspensão temporária do atendimento hospitalar no prestador, deverá obedecer as regras estabelecidas nesta Instrução Normativa.

**VIII – Comunicação Efetiva - comunicação oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida por todos, produzindo o resultado esperado.**

#### **Observações da DIGES:**

Sugere-se a supressão da definição por qualificação subjetiva para a positivação de regras objetivas para indicar o *modus operandi* da comunicação efetiva, em lugar de se fazer remissão a outras normas.

#### **Considerações da DIPRO:**

Acatado.

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

Desta forma, tal definição será excluída deste artigo, uma vez que as regras para que tal comunicação seja efetiva, precisa e completa já estarão expostas em norma.

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

**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 operadora de planos de assistência à saúde, podendo 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.*

#### **Observações da DIGES:**

Definição incompleta, por não contemplar entidades do mesmo grupo econômico. Aqui só se admite se for no mesmo CNPJ da operadora ou sua subsidiária, excluindo as pertencentes à mesma *holding*, o que é o mais comum. Alinha-se à sugestão da DIOPE de se usar a descrição de rede própria contida na RDC 39.

#### **Observações da DIPRO:**

Tendo em vista que tal definição já consta no anexo 2º da Resolução Normativa 85/2004, 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.*

## **Seção II**

### ***Da Responsabilidade da Operadora***

*Art. 5º A operadora, para garantir a assistência oferecida nos produtos, deverá formar uma rede de prestadores, seja própria ou contratualizada, compatível com a demanda, capaz de atender aos beneficiários nos prazos regulamentares definidos pela ANS respeitando o que foi contratado.*

*Art. 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.*

#### **Observações da DIGES:**

Já está no conceito rede assistencial definida no art. 2º, I.

#### **Considerações da DIPRO:**

Com relação ao art. 4º, tendo em vista que tal definição já consta em outros normativos, consideramos não ser necessária tal definição na presente norma. Observamos que a retirada do conceito visou mitigar interpretações contraditórias.

Com relação aos art. 5º e 6º, o objetivo é informar que todos os tipos de prestadores deverão estar cadastrados no Sistema RPS, evitando confusão por parte das operadoras

que precisam vincular aos produtos apenas os prestadores hospitalares.

O artigo 6º, por exemplo, foi transscrito da Instrução Normativa DIPRO 23/2009. O texto é idêntico ao artigo 5º-A daquela IN.

*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:*

*I - garantir aos beneficiários a manutenção do acesso aos serviços ou procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitando-se os casos de Diretrizes de Utilização - DUT, carências e CPT, quando houver, para atendimento integral das coberturas previstas nos artigos 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 1998, nos prazos definidos na Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011;*

*II - garantir a qualidade da assistência à saúde, considerando, minimamente, os atributos da eficiência, efetividade, acesso, acessibilidade e segurança do paciente;*

*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;*

*IV - garantir aos seus beneficiários uma comunicação efetiva quanto a alteração das entidades hospitalares; e*

*V - garantir informação, ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários, quanto à composição e localização geográfica de sua rede assistencial.*

## CAPÍTULO II

### DA ALTERAÇÃO NA REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR

#### Seção I

##### *Da Substituição de Entidades Hospitalares*

*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.*

#### *Subseção I*

##### *Da Análise de Equivalência de Entidades Hospitalares na Substituição*

*Art. 9º. A avaliação de equivalência de entidades hospitalares para fins de substituição, em atendimento ao artigo 17 da Lei nº 9.656, de 1998, será realizada a partir da comparação dos serviços hospitalares e do atendimento de urgência e emergência, utilizados nos últimos 12 meses no prestador a ser substituído, pelos beneficiários dos produtos a serem alterados.*

*§1º Para fins da avaliação que trata o art. 9 deste artigo 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.*

### **Observações da DIGES:**

Sugere-se a menção a categorias de serviços, conforme classificação pelo TISS. A regra, como está, leva ao equívoco de se entender que somente esses serviços são necessários.

### **Considerações da DIPRO:**

Acatado.

Novo texto:

§1º Para fins da avaliação que trata o caput deste artigo será considerada a utilização nas seguintes categorias de serviços hospitalares: Internação Psiquiátrica, Internação Obstétrica, Internação Clínica, Internação Cirúrgica, Internação em UTI Neonatal, Internação em UTI Pediátrica Internação em UTI Adulto, Atendimento de Urgência e Emergência Adulto e Atendimento de Urgência e Emergência Pediátrico.

§2º *O prestador substituto deverá estar localizado no mesmo município da entidade hospitalar a ser excluída. Em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município, deverá ser indicado:*

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

*II - Em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.*

### **Observações da DIGES:**

Entende-se ser mais apropriado criar novo § e deixar mais evidente que se tratam de critérios hierárquicos. Como contribuição, sugere-se o seguinte texto:

§3º *Em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo Município, deverá ser indicado prestador em Município limítrofe e, se inexistente ou indisponível, na Região de Saúde a que pertence o Município do prestador excluído.*

### **Considerações da DIPRO:**

Acatado.

Optou-se pelo texto abaixo em analogia ao regramento já contido na RN 365, que trata da substituição de prestadores não hospitalares.

Novo texto:

§2º O prestador substituto deverá estar localizado no mesmo município da entidade hospitalar a ser excluída.

- a) Em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município, poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este.
- b) Em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes, poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.

**Art. 10. Será possibilitada a contratação de outro(s) prestadores, hospitalares ou não-**

hospitalares, de forma complementar, para fins de substituição de serviços hospitalares que não constem no prestador substituto.

Art. 11. A operadora poderá indicar estabelecimento para substituição já pertencente a rede de atendimento do produto, desde que comprovado através de aditivo contratual, que houve aumento da capacidade de atendimento, nos últimos 90 dias, correspondente aos serviços que estão sendo excluídos.

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

#### **Observações da DIGES:**

Dispositivo de difícil compreensão. A OPS pode excluir um prestador e tem até 90 dias para substituir ou o prestador substituto deve ter sido incluído 90 dias antes? Como redigido dá a impressão de que a operadora teria 90 dias para efetivamente substituir o prestador excluído.

#### **Considerações da DIPRO:**

Acatado.

Novo texto - Unificação do art. 11 e 12:

Art. 9º (renumerado) A operadora poderá indicar, como prestador substituto, estabelecimento de saúde já pertencente à rede de atendimento do produto, desde que:

- I - tenha havido aumento de sua capacidade de atendimento, nos últimos 90 dias, correspondente aos serviços que estão sendo excluídos, comprovado através de aditivo contratual; ou
- II - tenha sido incluído na rede do produto, no máximo, até 90 dias antes da data da exclusão do prestador a ser substituído.

## **Seção II**

### **Do Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução**

Art. 13. Às operadoras de planos de assistência à saúde é permitido realizar redimensionamento de rede hospitalar por redução, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998, desde que:

I - Tenha obtido autorização expressa à ANS;

II - A alteração não ocasiona impacto sobre a massa assistida; e

III - os beneficiários sejam comunicados de forma efetiva, nos termos do disposto na presente Resolução Normativa.

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

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

II - Rescisão contratual (**ou término de vigência do contrato**) entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária, nos casos de contratação indireta;

III - Encerramento das atividades da entidade hospitalar.

### **Observações da DIGES:**

O término do contrato também pode ocorrer na contratação indireta, ou não? Incluir término da vigência do contrato.

### **Considerações da DIPRO:**

Sobre o art. 14, esclarecemos que a intenção foi classificar os tipos de rescisão contratual existentes que geram solicitações de descredenciamento.

Atendendo a esta, bem como a outras contribuições encaminhadas, e visando mitigar interpretações equivocadas da norma, sugerimos alterar o texto do citado artigo, conforme abaixo.

Art. 11º (renumerado) A alteração de rede hospitalar por redimensionamento de rede por redução poderá ser motivada por:

- I - interesse da própria operadora de planos de assistência à saúde ou da entidade hospitalar;
- II - rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária, nos casos de contratação indireta; ou
- III - encerramento das atividades da entidade hospitalar.

Ressaltamos que estas motivações já são de conhecimento do mercado de saúde suplementar desde que os processos administrativos de alteração de rede hospitalar foram instaurados na ANS, estando já publicitadas através das Notas Técnicas 393/2010/GGEOP/DIPRO/ANS e 315/2015/GGREP/DIPRO/ANS e da Instrução Normativa DIPRO 46/2014.

*Art. 15. Será considerado encerramento das atividades da entidade hospitalar quando:*

- I - ocorrer o fechamento total do estabelecimento;*
- II - forem extintas todas as atividades hospitalares contratadas pela operadora; e*
- III - a prestação de todas as atividades hospitalares passar a ser exclusiva para o Sistema Único de Saúde – SUS.*

#### *Subseção I*

#### *Da Análise do Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução*

*Art. 16. A autorização para redimensionamento de rede hospitalar por redução será concedida quando a exclusão do prestador da rede assistencial da operadora de planos de assistência à saúde não gerar impacto sobre a massa assistida.*

*§1º Para fins desta Resolução Normativa, considera-se a ocorrência de impacto sobre a massa assistida quando o redimensionamento envolver entidades hospitalares responsáveis por até 80% dos atendimentos na sua região de saúde, nos últimos 12 meses, para os planos objetos do redimensionamento (Curva ABC).*

### **Observações da DIGES:**

Dispositivo um tanto truncado. 80% de toda a população na região de saúde, dos beneficiários de planos de saúde, da operadora ou do produto a que está vinculada a entidade hospitalar? Imagina-se que seja do produto cuja rede se quer redimensionar, mas isso precisa estar explícito. A redação também está ambígua no “por até”. Crê-se que o que se pretendeu aqui foi dizer

que o impacto se dá quando o redimensionamento envolve entidades responsáveis por 80% ou mais dos atendimentos na sua região de saúde (“em até 80%” significa “de 1 a 80%”, o que não faz sentido).

Na reunião foi esclarecido que esses até 80% se refere a um método estatístico, mas a norma não reflete isso. Sugere-se, assim, a inclusão de parágrafo que faça menção à metodologia da Curva ABC, com definição sintética para a compreensão do intérprete da norma.

#### **Considerações da DIPRO:**

De fato, a regra considera o conjunto de entidades responsáveis por ATÉ 80% dos atendimentos da região de saúde do prestador que se pretende excluir, e a análise seria feita por produto, visto que um hospital pode ser importante para um produto e não ser relevante para outro.

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

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

.....

**VIII - Curva ABC:** também chamada de análise de Pareto ou regra 80/20, é um método de categorização cujo objetivo é determinar quais são os itens mais importantes de um conjunto de dados. Na regra de alteração de rede hospitalar, a metodologia auxiliará no conhecimento do percentual de participação de cada prestador, por plano, no total de atendimentos de internação da Região de Saúde.

Art. 13º (renumerado) A autorização para redimensionamento de rede hospitalar por redução será concedida quando a exclusão do prestador da rede assistencial da operadora de planos de assistência à saúde não gerar impacto sobre a massa assistida.

**§1º** Para fins desta Resolução Normativa, considera-se a ocorrência de impacto sobre a massa assistida quando o redimensionamento envolver entidades hospitalares responsáveis por até 80% dos atendimentos na sua região de saúde, nos últimos 12 meses, para os planos objetos do redimensionamento (Curva ABC).

**§2º** Para fins de delimitação do quantitativo de prestadores, responsáveis por até 80% das internações, na Região de Saúde, os prestadores serão ordenados em ordem decrescente de número de internações.

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

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

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

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

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

**Classe A:** Agrupa uma pequena porcentagem de prestadores, responsável por um

grande número de internações no plano. Cada prestador possui seu percentual específico, mas, normalmente, apenas estão classificados nesse grupo até 20% dos prestadores. Esses prestadores, comumente, são responsáveis por até 80% da concentração de internações;

**Classe B:** Essa classe conta com 30% dos prestadores categorizados e costuma representar 15% das internações no plano. Ou seja, ficam com um percentual intermediário de importância na rede do plano;

**Classe C:** Representa a maior parte dos prestadores, algo em torno de 50%, mas possui pouca representatividade de utilização por parte das operadoras, ficando com apenas com aproximadamente 5% das internações.

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

Art. 13º (renumerado) A autorização para redimensionamento de rede hospitalar por redução será concedida quando a exclusão do prestador da rede assistencial da operadora de planos de assistência à saúde não gerar impacto sobre a massa assistida.

---

§3º Caso o prestador a ser excluído faça parte do conjunto de prestadores responsáveis por até 80% dos atendimentos na sua região de saúde, entretanto, possua, individualmente, menos de 5% destes atendimentos, tal prestador poderá ser descredenciado considerando que sua exclusão não resultará em impacto na massa assistida.

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

§2º Não se aplicará o critério disposto no art. 16 no caput deste artigo quando a solicitação de exclusão de prestador hospitalar for motivada por encerramento de atividades da entidade hospitalar, e por rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária, nos casos de contratação indireta, cabendo a operadora a guarda da documentação comprobatória necessária.

#### **Observações da DIGES:**

É possível a operadora ter diminuída sua capacidade instalada da operadora? Não deveria a OPS ter um prazo para incluir outra entidade hospitalar? Do contrário, os beneficiários terão reduzidas as possibilidades de atendimento. Sugestão de alteração no texto (no caput).

#### **Considerações da DIPRO:**

Acatada alteração do texto.

Novo texto:

§4º (renumerado) Não se aplicará o critério disposto no caput deste artigo quando a solicitação de exclusão de prestador hospitalar for motivada por encerramento de atividades da entidade hospitalar ou por rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária, nos casos de contratação indireta, cabendo à operadora a guarda da documentação comprobatória

necessária.

Quanto ao prazo para incluir outra entidade hospitalar, conforme observado pela DIGES, alguns descredenciamentos (encerramento de atividades da entidade hospitalar e por rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária), sem a devida substituição, poderia acarretar redução da capacidade de atendimento.

Entretanto, entendemos que essas motivações de exclusão de prestador são inerentes à vontade da operadora, não podendo elas interferirem ou negociarem para evitar a exclusão. Neste caso, sendo a operadora responsável pela manutenção de sua rede assistencial com o objetivo de cumprir os prazos de atendimento dispostos em normativo, caberá à operadora avaliar a necessidade ou não de inclusão de novo prestador na rede do produto.

### **Seção III**

#### ***Da Exclusão Parcial de Serviços Hospitalares Contratados***

**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.**

**§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.**

#### **Observações da DIGES:**

Dispositivo truncado, veda para depois permitir. Para dar encadeamento lógico, o ideal seria inverter caput e §1º, já que este é a regra geral, sendo o caput a exceção. Sugere-se a seguinte redação:

**Art. 17. A exclusão parcial de serviços, contratados em entidades hospitalares, cujo redimensionamento por redução ocasione impacto à massa assistida, conforme estabelecido no art. 16, deverá observar as regras estabelecidas no art. 9 para cada serviço hospitalar a ser excluído.**

#### **Considerações da DIPRO:**

##### **Novo texto proposto:**

Art. 14º (renumerado) A exclusão parcial de serviços, contratados em entidades hospitalares cujo redimensionamento por redução ocasione impacto à massa assistida, conforme estabelecido no art. 16, somente poderá ocorrer mediante substituição de cada serviço hospitalar a ser excluído, devendo ser observadas as regras de localização e utilização estabelecidas no art. 9º desta Resolução.

Parágrafo único: Considera-se exclusão parcial de serviços a retirada de uma das categoria de serviços hospitalares prevista no parágrafo 1º do artigo 9º.

**§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**

### **Observações da DIGES:**

Isso permite a OPS fatiar a redução da rede. Se a exclusão parcial se submete também ao conceito de impacto à massa assistida nos termos do art. 17, não vejo como ser permitida sem anuência da ANS. Bem, mas a comunicação já é um começo, como debatido na reunião, e decreto servirá de insumo para regulação futura.

### **Considerações da DIPRO:**

A Lei 9656/98 trata das alterações de rede por redimensionamento e por substituição. As exclusões parciais de serviço não estão abarcadas na legislação, visto que o prestador não é excluído da rede do plano, não sendo, portanto, uma alteração de produto. Entretanto, visando normatizar tais exclusões, permitiu-se as exclusões parciais de serviços, sem substituição, apenas nos prestadores que não sejam os mais utilizados pelo plano.

O parágrafo 2º será excluído, visto que as regras de comunicação já constam no Capítulo V.

## *Seção IV*

### *Da Exclusão de Serviços de Urgência e Emergência*

*Art.18. Não será permitida a exclusão de serviços de Urgência e Emergência, contratados em entidades hospitalares, cujo redimensionamento por redução ocasione impacto à massa assistida, conforme estabelecido no art. 16.*

*§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.*

### **Observações da DIGES:**

Mesma observação do art. 17. Sugere-se a seguinte redação

Art. 18. A exclusão de serviços de urgência e emergência contratados em entidades hospitalares, cujo redimensionamento por redução ocasione impacto à massa assistida nos termos do art. 16, deverá observar as regras estabelecidas no art. 9º.

### **Considerações da DIPRO:**

Novo texto proposto:

Art. 15º (renumerado) A exclusão de serviços de Urgência e Emergência, contratados em entidades hospitalares cujo redimensionamento por redução ocasione impacto à massa assistida, conforme estabelecido no art. 16, somente poderá ocorrer mediante substituição do serviço de urgência e emergência, devendo ser observadas as regras de localização e utilização estabelecidas no art. 9º desta Resolução.

§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~~ e os serviços disponibilizados deverão estar efetivamente divulgados, nos termos da Resolução Normativa nº 285, de 2011.

#### **Considerações da DIPRO:**

O parágrafo 2º será excluído, visto que as regras de comunicação já constam no Capítulo V.

#### *Seção V*

##### *Da Suspensão Temporária do Atendimento no Prestador Hospitalar*

Art. 19. A operadora de planos de assistência à saúde não está obrigada a solicitar substituição de entidade hospitalar ou redimensionamento de rede por redução nos casos de suspensão temporária do atendimento hospitalar na entidade hospitalar de sua rede.

#### **Observações da DIGES:**

Seria importante registrar a limitação do que se entende por possível a suspensão temporária, para não confundir com as ocasionadas por falta de pagamento ao prestador, que são muito comuns e nem devem ser entendidas como tal. Sugere-se a inclusão da menção ao art. 2, inciso VIII.

Seria muito importante definir marco temporal para essa temporariedade, após o que a operadora poderia fazer inclusão temporária de rede, nos moldes do autorizado pela DICOL recentemente por conta do enfrentamento da pandemia de COVID-19.

#### **Considerações da DIPRO:**

Acatada parcialmente (acatada alteração do texto e não acatada inclusão de prazo).

#### **Novo texto:**

Art. 16º (renumerado) A operadora de planos de assistência à saúde não está obrigada a solicitar substituição de entidade hospitalar ou redimensionamento de rede por redução nos casos de suspensão temporária definidos no art. 2º, inciso VII desta Resolução.

Quanto à temporariedade, não teríamos como sugerir prazo para a realização de obras ou reformas nas entidades hospitalares.

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

*I - continuar a oferecer a plenitude da cobertura contratada, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente publicado pela ANS, observando, ainda, o que dispõe a Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011;*

*II - comunicar seus beneficiários sobre a suspensão temporária dos serviços na entidade hospitalar, com o período estimado de interrupção, indicando as alternativas disponíveis na rede para*

*prestação do atendimento; e*

*III - manter comprovação da suspensão temporária do atendimento hospitalar na entidade hospitalar, para fins de eventual fiscalização da ANS.*

*Art. 20. Caso a operadora de planos de assistência à saúde opte por solicitar substituição de entidade hospitalar ou redimensionamento de rede por redução, nos casos de suspensão temporária do atendimento hospitalar no prestador, deverá obedecer às regras estabelecidas nesta Resolução Normativa.*

**Observações da DIGES:**

Dispositivo que é dispensável. Sugere-se sua retirada.

**Considerações da DIPRO:**

O artigo permite que a operadora possa solicitar a alteração de rede caso prefira excluir/desvincular o prestador até a finalização da suspensão temporária, atendendo aos normativos que tratam das regras de descredenciamento.

*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.*

**Observações da DIGES:**

A substituição não é solicitada à ANS, só comunicada. Sugere-se alterar de “solicitar” para “providenciar”. Assim como na suspensão temporária, seria importante definir prazo, para impor o comando e não deixar solto ao critério exclusivo da operadora.

**Considerações da DIPRO:**

Acatada a alteração do texto.

Novo texto:

Art. 18º (renumerado) Caso ocorra o encerramento das atividades da entidade hospitalar, em qualquer dos casos dispostos no artigo 15 desta Resolução, a operadora de planos de assistência à saúde fica obrigada a providenciar a substituição de entidade hospitalar ou o redimensionamento de rede por redução.

### CAPÍTULO III

#### DA REALIZAÇÃO DO PARTO EM HOSPITAL DESCREDENCIADO

*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.*

### **Observações da DIGES:**

Esse dispositivo precisa ser melhor detalhado para não levar à interpretação equivocada de está se impondo limitação de dias de internação (Súmula 302 do STJ). 30 dias somente se não inscrito do plano, pois do contrário seria até a alta, como é com a mãe. São critérios distintos entre beneficiários: mãe até a alta e filho inscrito com remoção após 30 dias.

### **Considerações da DIPRO:**

No caso da mãe, a permanência seria até a alta hospitalar e no caso do filho, até o 30º dia somente, visto que, neste caso, mesmo que o recém nascido seja incluído no plano da mãe antes do 30º dia, não teria mais direito ao prestador, já que este não faria mais parte da rede do plano na data em que o recém-nascido foi incluído.

Após o 30º dia, o recém nascido poderia ser transferido, de acordo com as regras de remoção já disciplinadas (de prestador não integrante da rede para prestador integrante da rede).

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

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

## **CAPÍTULO IV**

### **DO DIREITO À PORTABILIDADE EM RAZÃO DE HOSPITAL DESCREDENCIADO**

*Art.23. É facultada ao beneficiário a portabilidade no caso de descredenciamento de prestador hospitalar, por redimensionamento por redução ou substituição, no município de contratação do plano pelo beneficiário, independente do prazo de permanência no produto e da faixa de preço.*

*Parágrafo único. No caso de descredenciamento de um hospital, conforme descrito no caput do artigo, o beneficiário terá 60 dias, contados da exclusão do prestador da rede, para solicitar a portabilidade por motivo de alteração de rede credenciada, caso assim deseje.*

### **Observações da DIGES:**

“caso assim deseje” - Dispensável.

### **Considerações da DIPRO:**

O termo destacado serve para esclarecer que a portabilidade não é uma obrigação, mas sim uma possibilidade.

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

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

Segue novo texto para o artigo:

Art.19º (renumerado) É facultada ao beneficiário a portabilidade no caso de descredenciamento de prestador hospitalar, por redimensionamento por redução ou substituição, no **município de residência** do beneficiário, independente do prazo de permanência no produto e da faixa de preço.

Parágrafo único. No caso de descredenciamento de um hospital no referido município, o beneficiário terá 60 dias, **contados da data da ciência** do descredenciamento, para solicitar a portabilidade por motivo de alteração de rede credenciada, caso assim deseje.

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

## CAPÍTULO V

### DA COMUNICAÇÃO DE ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR

*Art.24. O Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras devem manter atualizadas as informações sobre as alterações ocorridas na rede assistencial hospitalar para consulta pelos beneficiários.*

*§1º O Portal Corporativo deverá informar, em espaço reservado, todos os redimensionamentos por redução, substituições, exclusão parcial de serviços hospitalares, e exclusão de serviços de urgência e emergência a serem implementadas com 30 (trinta) dias de antecedência contados do término da prestação de serviço e deverá permanecer acessível por 180 dias, sem prejuízo da comunicação individualizada.*

*§2º Excetuam-se desse prazo de comunicação de 30 (trinta) dias de antecedência os redimensionamentos por redução motivados por Rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária, nos casos de contratação indireta; e Encerramento das atividades da entidade hospitalar.*

#### **Observações da DIGES:**

E o término do contrato com a intermediária? Por que não está previsto?

#### **Considerações da DIPRO:**

Considerando a alteração do texto do antigo art. 14º (novo art. 11º), das motivações, não haverá necessidade de alteração no texto deste artigo.

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

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

#### **Observações da DIGES:**

Melhor seria descrever a forma de notificação, em vez de relacioná-las a outras hipóteses contratuais, que tem suas peculiaridades. Na rescisão por inadimplência, por exemplo, tem de ser 50º dia antes de configurar os 60 dias de inadimplência. Como adaptar para este caso. Em reunião, foi acertado de que a DIPRO positivaria na norma o *modus operandi* da comunicação efetiva.

#### **Considerações da DIPRO:**

Acatado.

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

Art.21º (renumerado) Deverão ser comunicados de forma individualizada ao beneficiário, os redimensionamentos por redução, as substituições e as exclusões de serviços de urgência e emergência ocorridos dentro do município de residência do beneficiário.

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

#### **ANEXO**

A Comunicação Individualizada poderá ser realizada pelos seguintes meios:

I - correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;

II - mensagem de texto para telefones celulares (SMS);

III - mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas (Whatsapp, Telegram, Messenger ou outro aplicativo que disponha de tal recurso);

IV - ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;

V - carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura do contratante;

VI - preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pelo contratante.

Para a comunicação individualizada, devem ser usadas as informações de endereço residencial, número de telefone fixo, número de telefone celular e endereço de correio eletrônico (e-mail) fornecidas pelo contratante e cadastradas no banco de dados da operadora.

A comunicação realizada por SMS ou aplicativo de dispositivos móveis, prevista, respectivamente, nos itens II e III, somente será válida se o destinatário responder à notificação confirmando o seu recebimento ou for suprida por outra forma de comunicação prevista.

A operadora deverá informar à pessoa natural contratante, no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde, sobre os possíveis meios de comunicação individualizada, bem como sobre a possibilidade de escolha dos meios de comunicação de sua preferência.

A operadora deverá informar ao contratante sobre a necessidade de manter as suas informações cadastrais atualizadas, sob pena de a notificação ser considerada válida se for realizada com base numa informação do banco de dados da operadora cuja atualização não foi feita pelo contratante.

*A operadora deverá promover a ampla divulgação sobre os possíveis meios de comunicação individualizada, principalmente às pessoas naturais que contrataram plano de saúde antes da vigência desta Resolução Normativa.*

*Art. 26. As formas de comunicação de que trata esta seção não exime a operadora de atender as demais disposições da RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011.*

**Observações da DIGES:**

A melhor técnica recomenda não fazer remissão a outra norma, porque se revogada, o dispositivo fica sem âncora. Melhor seria se referir à matéria de que trata a RN, no caso, a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet.

**Considerações da DIPRO:**

Considerando que a RN 285 trata de várias outras regras que a operadora deve cumprir para fins de comunicação aos beneficiários, optamos por referenciar à RN 285, incluindo o trecho “e suas atualizações”.

Novo texto:

Art. 22º (renumerado) As formas de comunicação de que trata esta seção não exime a operadora de atender às disposições da RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011 e suas atualizações.

## CAPÍTULO VI

### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

*Art. 27. As informações prestadas pela operadora quando da solicitação de alteração de rede hospitalar subsidiarão ações de monitoramento do acesso e da estrutura da rede assistencial.*

**Observações da DIGES:**

Apenas o redimensionamento por redução é solicitado, e não a substituição, que é comunicada (alteração é gênero).

**Considerações da DIPRO:**

O termo “Alteração de Rede” abarca os redimensionamentos por redução e as substituições de entidade hospitalar, por isso o uso de um termo mais abrangente.

*Art. 28. A operadora de planos de assistência à saúde fica sujeita à aplicação das medidas administrativas e penalidades previstas na legislação em vigor caso sejam identificados indícios irregularidades nas alterações de rede hospitalar.*

**Observações da DIGES:**

Dispositivo dispensável. Isso é a descrição do enforcement regulatório em qualquer caso.

#### **Considerações da DIPRO:**

Não acatada neste momento.

Por se tratar de questão jurídica, entendemos que a PROGE avaliará a necessidade da alteração proposta.

*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.*

#### **Observações da DIGES:**

Dispositivo dispensável, como o anterior, por ser a descrição do enforcement regulatório em qualquer caso. Norma traduz comando direto, sem exemplos.

#### **Considerações da DIPRO:**

Não acatada neste momento.

Por se tratar de questão jurídica, entendemos que a PROGE avaliará a necessidade da alteração proposta.

*Art.30. A RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, passa a vigorar acrescida do artigo 88-B, com a seguinte redação:*

#### ***Exclusão Parcial de Serviço Hospitalar ou de Urgência e Emergência***

*Art. 88-B. Excluir parcialmente serviços hospitalares, assim como serviços de urgência e emergência, contratados em entidades hospitalares, cujos redimensionamentos por redução ocasionem impacto à massa assistida ou realizar tais exclusões sem comunicação aos beneficiários.*

*Sanção - multa de R\$ 40.000,00.*

*Parágrafo único. Caso o cometimento da infração descrita no **caput** produza efeitos de natureza coletiva, deve ser considerado o disposto no art. 9º desta Resolução para cálculo da multa a ser aplicada.”*

#### **Observações da DIGES:**

A exclusão desses serviços não é proibida, desde que se atenda ao disposto no art. 9º da presente Resolução (conforme art. 17, §1º, e art. 18, §1º). Além disso até hoje a RN 124 só trata de alteração de entidade hospitalar, e não de serviços hospitalares em si (arts. 87 e 88), até porque esta proposta inova ao regular a exclusão parcial de serviços em uma mesma unidade hospitalar.

Sugere-se a seguinte redação:

**Art. 88-B. Deixar de cumprir as normas regulamentares da ANS referentes à exclusão parcial de serviços hospitalares ou serviços de urgência e emergência contratados em entidades hospitalares.**

Na oportunidade, convém o ajuste no título da seção III, que se limita aos casos de substituição de entidade hospitalar. Sugere-se alterar o título para “Redimensionamento de rede”, até porque o art. 88-A fala de rede não hospitalar e o art. 88-B não cuida da entidade hospitalar como um todo.

### **Considerações da DIPRO:**

Acatada sugestão para art. 88-B.

A DIFIS, assim como solicitado por essa GEARA, fez a revisão do texto proposto anteriormente e certamente fará da nova redação.

Novo texto proposto:

#### ***Exclusão Parcial de Serviço Hospitalar ou de Urgência e Emergência***

*Art. 88-B. Deixar de cumprir as normas regulamentares da ANS referentes à exclusão parcial de serviços hospitalares ou serviços de urgência e emergência contratados em entidades hospitalares ou realizar tais exclusões sem a devida comunicação aos beneficiários.*

*Sanção -multa de R\$ 40.000,00.*

*Parágrafo único. Caso o cometimento da infração descrita no caput produza efeitos de natureza coletiva, deve ser considerado o disposto no art. 9º desta Resolução para cálculo da multa a ser aplicada.”*

~~Art. 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 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~~

**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.**

**§ 1º Na situação prevista no caput, os beneficiários deverão ser comunicados pela operadora do plano de origem sobre o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca do beneficiário, indicando o valor da mensalidade do plano de origem, discriminado por beneficiário e o início e fim do prazo disposto no caput.**

**§ 2º A portabilidade de carências tratada neste artigo não poderá ser exercida por beneficiários de planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, aplicando -se o requisito previsto no inciso IV do caput do artigo 3º desta Resolução.**

**§ 3º O beneficiário que esteja vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, ressalvados os casos previstos no § 8º, do artigo 3º desta Resolução.**

**§ 4º O beneficiário que esteja cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem, pode**

exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

§ 5º O beneficiário que esteja pagando agravos e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravos a ser negociado com a operadora do plano de destino.

### Considerações da DIPRO:

Alteração de texto acatada.

Art. 32. Esta resolução aplica-se à todas as modalidades de operadoras somente no que não for incompatível com a regulamentação específica em vigor.

Art. 33. Esta Resolução Normativa entra em vigor 180 dias após sua publicação.

**Rogério Scarabel Barbosa**  
Diretor-Presidente Substituto

### Conclusão da 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 17:28, 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 17:45, 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 17:45, 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 **18477807** e o código CRC **2382E2B6**.