

PROCESSO N°: 33910.005859/2017-58

NOTA TÉCNICA N° 16/2020/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 - DIPRO.

Assunto: Agenda Regulatória 2019/2021

Eixo: Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório

Tema 12. Sub tema: Aperfeiçoamento dos critérios para alteração de rede hospitalar.

À DIRAD/DIPRO,

Trata-se de projeto para o Aperfeiçoamento dos Critérios para Alteração de Rede Hospitalar, no âmbito da Agenda Regulatória 2019-2021, que resultou em proposta a ser implementada por meio de normativo visando regulamentar o art. 17 da Lei 9.656/98.

Diante disso, a presente Nota apresenta uma proposta final de Resolução Normativa, fruto dos estudos realizados pela área técnica e de todas as contribuições recebidas nesses últimos 5 anos, incluindo aquelas trazidas pelas Diretorias da ANS após encaminhamento da proposta à 530ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, ocorrida em 16 de julho de 2020, para aprovação de abertura de Consulta Pública (Ata da Reunião - SEI 17472469), na forma preconizada no artigo 9º da Lei 13.848/19.

Observamos que, apesar de não ter havido apresentação da proposta na Reunião de DICOL, devido ao pedido de vistas do processo expresso pelo Diretor da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, nos termos dos § 4º e 5º do art. 10º da Instrução de Serviço nº 02/2013/DICOL, as Diretorias encaminharam seus Votos e Contribuições em relação à proposta, tema da Agenda Regulatória da ANS para o triênio 2019-2021.

Oportuno destacar que todas as contribuições e questionamentos encaminhados foram respondidos por esta GEARA/GGREP por meio de Notas Técnicas que integram o presente processo:

- NOTA TÉCNICA N° 10/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI 051807) apresenta

a devolutiva às contribuições trazidas pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE (SEI 17670760).

- NOTA TÉCNICA N° 12/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO ([SEI 053323](#)) trata das contribuições trazidas pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES (SEI 17471917).
- NOTA TÉCNICA N° 14/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO ([SEI 477807](#)) apresenta a devolutiva às contribuições trazidas pela Diretoria de Gestão - DIGES, encaminhadas a DIPRO por e-mail em 13 de agosto de 2020 (SEI 18041399).

Observamos que a Diretoria de Fiscalização - DIFIS preferiu encaminhar seu Voto formal somente após a apreciação da proposta pelos Diretores, entretanto suas contribuições e sugestões encaminhadas via e-mail e debatidas em reunião realizada em 09 de julho de 2020 com a GEARA/GGREP/DIPRO, também foram contempladas na proposta final de RN

Ainda em relação a 530^a Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada da ANS, foi acordada a realização de reuniões, entre a DIPRO e as demais Diretorias, para que fossem sanadas dúvidas em relação à proposta.

Dada essa nova oportunidade de colhermos contribuições à proposta em tela, entre julho e setembro de 2020, ocorreram reuniões virtuais com representantes da GEARA/DIPRO e das demais Diretorias da ANS.

- Reunião DIPRO e DIDES - 05/11/2020
- Reunião DIPRO e DIFIS - 01/09/2020
- Reunião DIPRO e DIGES - 12/08/2020
- Reunião DIPRO e DIOPE - 10/08/2020

Destacamos que além das reuniões com as Diretorias da ANS, esta GEARA/GGREP/DIPRO também oportunizou outros encontros com entidades com objetivo esclarecer dúvidas e receber contribuições para o aperfeiçoamento do projeto.

As entidades que participaram dessas reuniões, que ocorreram em ambiente virtual, foram:

- Ministério Público do Rio de Janeiro - MPRJ (21/07/2020)
- Núcleo de Defesa do Consumidor - NUDECON (21/07/2020)
- Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP (29/07/2020)
- Federação Nacional de Saúde Suplementar - FENASAÚDE (31/07/2020)

Observamos que os links para acesso a essas reuniões encontram-se no documento Ata de Reunião (SEI 17780716).

Tais entidades também encaminharam contribuições que se encontram anexadas aos autos do presente processo.

- NOTA TÉCNICA N° 11/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO ([SEI 052003](#)) trata da devolutiva às contribuições da FENASAÚDE - Federação Nacional de Saúde Suplementar (SEI 17809294).
- NOTA TÉCNICA N° 13/2020/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO ([SEI 053582](#)) traz as nossas observações quanto as contribuições trazidas pela Associação Nacional dos Hospitais Privados - ANAHP (SEI 17628325).

Como podemos observar o tema vem sendo amplamente discutido com inúmeros representantes do setor regulado e da ANS desde 2016 quando foi instituído o **Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos**. Como fruto das reuniões desse Comitê, foi apresentada, ainda em 2017, a primeira proposta de revisão dos critérios para análise de substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede por redução.

Em 2018, a ANS assumiu o compromisso de rediscutir o tema Aperfeiçoamento dos Critérios para Alteração de Rede Hospitalar, incluindo-o no eixo Aperfeiçoamento do Ambiente Regulatório da Agenda Regulatória 2019-2021.

O projeto foi, então, retomado por meio dos **Diálogos sobre a Agenda Regulatória**, que consistiram numa nova oportunidade de realização de reuniões com representantes do setor da saúde suplementar para debater temas da Agenda Regulatória pertinentes à Diretoria de Produtos, inclusive a regulamentação do art. 17 da Lei 9656/98.

Sendo o que tínhamos a observar, segue abaixo, um resumo das alterações sofridas na Minuta de Resolução Normativa após 16 de julho de 2020, quando a minuta foi disponibilizada para os Diretores da ANS (530ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada da ANS).

Os documentos acima relacionados contém a íntegra das contribuições recebidas e a análise acerca da viabilidade ou não de seu acatamento.

A presente Nota consolida as contribuições incorporadas na proposta final de Resolução Normativa.

Em síntese: as alterações promovidas após essas reuniões e contribuições das Diretorias:

- Foram excluídos do texto da minuta de RN alguns os conceitos já dispostos em outros normativos, visando mitigar entendimentos equivocados.
- Foi incluído no texto o conceito da metodologia adotada para a análise das solicitações de redimensionamento por redução (Curva ABC), tendo em vista várias contribuições nesse sentido. Importante destacar que não se pretendeu aqui ensinar ao leitor a técnica escolhida, mas justificar o porquê da escolha.
- Alguns artigos e parágrafos tiveram seus textos alterados com o objetivo de melhorar o entendimento da regra proposta.
- Foram incluídos, na regra de análise de equivalência na substituição, critérios relacionados à Qualificação do prestador, em atendimento às contribuições recebidas nesse sentido, inclusive da Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial - GEEIQ/DIDES, 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.

- Na regra de análise de Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução, foi acrescida a regra para prestadores com menos de 5% dos atendimentos, por considerarmos que a exclusão destes da rede do produto não resulta em impacto na massa assistida.
- 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.
- Na regra de Portabilidade, foi alterada a localidade do prestador hospitalar considerada para avaliar o direito do beneficiário à portabilidade, de município de contratação do plano para município de residência do beneficiário.
- Ainda sobre a regra de portabilidade, na proposta inicial, no caso de descredenciamento de um hospital no referido município, o beneficiário teria um prazo, contado da data do descredenciamento do prestador, para solicitar a portabilidade. Esse marco foi alterado para “data da ciência do descredenciamento para solicitar a portabilidade”.
- As regras para Comunicação Individualizada foram dispostas na forma de ANEXO e sofreram as adequações necessárias já que foram trazidas das regras para notificação do beneficiário por inadimplência e suspensão de contratos, que estão sendo normatizadas.
- O texto para o Art. 88-B da RN 124, que tratará das penalidades pela infração de excluir parcialmente Serviço Hospitalar ou de Urgência e Emergência em desconformidade a legislação de saúde suplementar, foi alterado para melhor entendimento e efetividade da fiscalização.

Observamos que os tachados, observações e grifos foram deixados na Minuta abaixo para melhor visualização das alterações efetivadas. Em complementação, a versão final da Minuta de Resolução Normativa encontra-se anexada ao presente processo (SEI 18996501).

RN N° XXXXX / 2020

Rio de Janeiro, XX de XXXXX XXXXX de 2020.

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

Dispõe sobre os critérios para as alterações na

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

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os artigos 1º e 3º, incisos IV, XXIV e XXV do artigo 4º e inciso II do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada em **XX de XXXXX de 20XX**, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

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

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

Seção I

Dos Conceitos

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

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

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

III - **Serviços hospitalares** - compreendem, no âmbito das internações hospitalares, as

clínicas básicas e especializadas, bem como centro de terapia intensiva, ou similar, e atendimento de urgência e emergência, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina;

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

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

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

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

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

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. (INCLuíDO)

Art.3º Quanto ao vínculo com a operadora de planos de assistência à saúde, a rede assistencial pode ser: (EXCLUÍDO)

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.

Art. 4º A disponibilidade dos serviços pode ser: (EXCLUÍDO)

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. 3º (renumerado) A operadora, para garantir a assistência oferecida nos produtos, deverá formar uma rede de prestadores, seja própria ou contratualizada, compatível com a demanda, capaz de atender aos beneficiários nos prazos regulamentares definidos pela ANS respeitando o que foi contratado.

Art. 4º (renumerado) Todos os prestadores de serviços de saúde da rede assistencial da operadora de planos de assistência à saúde (entidades hospitalares, consultórios, clínicas ambulatoriais e SADT) devem estar informados no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde da ANS, do Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS.

Art. 5º (renumerado) 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; (EXCLUÍDO)~~

~~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; (EXCLUÍDO)~~

II (renumerado) – garantir aos seus beneficiários uma comunicação efetiva quanto à 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. (EXCLUÍDO)~~

CAPÍTULO II

DA ALTERAÇÃO NA REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR

Seção I

Da Substituição de Entidades Hospitalares

Art. 6º (renumerado) Às operadoras de planos de assistência à saúde é permitido realizar substituição de entidades hospitalares desde que sejam equivalentes e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, nos termos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Subseção I

Da Análise de Equivalência de Entidades Hospitalares na Substituição

Art. 7º (renumerado) 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.

~~De: §1º Para fins da avaliação que trata o art. 9º será considerada a utilização nos seguintes serviços hospitalares: Internação Psiquiátrica, Internação Obstétrica, Internação Clínica, Internação Cirúrgica, Internação em UTI Neonatal, Internação em UTI Pediátrica, Internação em UTI Adulto, Atendimento de Urgência e Emergência Adulto e Atendimento de Urgência e Emergência Pediátrico.~~

Para: §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.

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

I – ~~poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este.~~

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

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

a) Em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município, poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este.

b) Em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes, poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.

§3º Caso o produto a ser alterado possua apenas um prestador hospitalar, na sua Região de Saúde, com Certificado de Acreditação no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (Qualiss), ou ONA nível 2 ou ONA nível 1, a substituição deste prestador deverá ser por outro que também possua qualquer um desses atributos de qualificação. **(INCLUÍDO)**

§4º Não se aplicará o critério disposto no §3º deste artigo nos casos de indisponibilidade ou inexistência de prestador para substituição, na Região de Saúde, com Certificado de Acreditação no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (Qualiss), ou ONA nível 2 ou ONA nível 1. Nesses casos, a operadora poderá indicar prestador substituto, sem certificado de qualificação, que atenda aos demais critérios de equivalência dispostos para substituição de prestador hospitalar. **(INCLUÍDO)**

Art. 8º (renumerado) Será possibilitada a contratação de outro(s) prestador(es), hospitalares ou não-hospitalares, de forma complementar, para fins de substituição de serviços hospitalares que não constem no prestador substituto.

~~De: Art. 11º 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. 12º 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~~

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

1. 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
2. tenha sido incluído na rede do produto, no máximo, até 90 dias antes da data da exclusão do prestador a ser substituído.

Seção II

Do Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução

Art. 10º (renumerado) Às operadoras de planos de assistência à saúde é permitido realizar redimensionamento de rede hospitalar por redução, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998, desde que:

- I - tenha obtido autorização expressa da ANS;
- II - a alteração não ocasiona impacto sobre a massa assistida; e
- III - os beneficiários sejam comunicados de forma efetiva, nos termos do disposto na presente Resolução Normativa.

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

- I — Rescisão contratual ou término da vigência do contrato entre a operadora e a entidade hospitalar;
- II — Rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária, nos casos de contratação indireta;
- III — Encerramento das atividades da entidade hospitalar.

Para: 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.

Art. 12º (renumerado) Será considerado encerramento das atividades da entidade hospitalar quando:

- I - ocorrer o fechamento total do estabelecimento;
- II - forem extintas todas as atividades hospitalares contratadas pela operadora; e

III - a prestação de todas as atividades hospitalares passar a ser exclusiva para o Sistema Único de Saúde – SUS.

Subseção I

Da Análise do Redimensionamento de Rede Hospitalar por Redução

Art. 13º (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. **(INCLUÍDO)**

§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. **(INCLUÍDO)**

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

Seção III

Da Exclusão Parcial de Serviços Hospitalares Contratados

De: Art. 17º Não será permitida a exclusão parcial de serviços, contratados em entidades hospitalares, cujo redimensionamento por redução ocasiona 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. 9º, referente à substituição de entidades hospitalares, para cada serviço hospitalar a ser excluído.

§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.

Para: Art. 14º (renumerado) A exclusão parcial de serviços, contratados em entidades hospitalares cujo redimensionamento por redução ocasiona impacto à massa assistida, conforme estabelecido no art. 13º, somente poderá ocorrer mediante substituição de cada serviço hospitalar a ser excluído, devendo ser observadas as regras de localização e utilização estabelecidas no art. 7º

desta Resolução.

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

Seção IV

Da Exclusão de Serviços de Urgência e Emergência

~~De: Art.18º 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.~~

~~§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..~~

Para: 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. 13º, somente poderá ocorrer mediante substituição do serviço de urgência e emergência, devendo ser observadas as regras de localização e utilização estabelecidas no art. 7º desta Resolução.

Seção V

Da Suspensão Temporária do Atendimento no Prestador Hospitalar

~~De: Art. 19º 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.~~

Para: 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.

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

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

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

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

Art. 17º (renumerado) 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.

De: Art. 21º 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.

Para: Art. 18º (renumerado) Caso ocorra o encerramento das atividades da entidade hospitalar, em qualquer dos casos dispostos no artigo 12º desta Resolução, a operadora de planos de assistência à saúde fica obrigada a providenciar a substituição de entidade hospitalar ou o redimensionamento de rede por redução.

CAPÍTULO III (EXCLUÍDO)

DA REALIZAÇÃO DO PARTO EM HOSPITAL DESCREDENCIADO

Art.22º 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.

§1º Para cumprimento dessa obrigação, em caso de novos contratos a serem firmados, deverá estar estipulado com prestadores cláusulas sobre o pagamento deste serviço, inclusive prevendo multa contratual em caso de inobservância por uma das partes, nos termos do art. 16 inciso II da RN 363/2014.

§2º No caso de contratos já firmados, os valores a serem pagos pela operadora diretamente ao prestador, deverão ser aqueles previstos na última tabela acordada contratualmente entre as partes.

§3º Para fins de previsibilidade da operadora, a beneficiária terá 30 dias, após a ciência do descredenciamento, para demonstrar seu interesse em realizar o parto no prestador descredenciado. (forma de demonstrar o interesse)

CAPÍTULO IV (CAPÍTULO III)

DO DIREITO À PORTABILIDADE EM RAZÃO DE HOSPITAL DESCREDENCIADO

De: Art.23º 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.

Para: 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.

CAPÍTULO V (CAPÍTULO IV)

DA COMUNICAÇÃO DE ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR

Art.20º (renumerado) O Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras devem manter atualizadas as informações sobre as alterações ocorridas na rede assistencial hospitalar para consulta pelos beneficiários.

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

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

Art.21º (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.

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

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

De: Art. 26º 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.

Para: 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 (CAPÍTULO V)

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23º (renumerado) As informações prestadas pela operadora quando da solicitação de alteração de rede hospitalar subsidiarão ações de monitoramento do acesso e da estrutura da rede

assistencial.

Art. 24º (renumerado) A operadora de planos de assistência à saúde fica sujeita à aplicação das medidas administrativas e penalidades previstas na legislação em vigor caso sejam identificados indícios de irregularidades nas alterações de rede hospitalar.

Art. 25º (renumerado) Caso sejam identificadas incorreções ou omissões nas solicitações de alteração de rede hospitalar, a ANS poderá se valer de outras medidas administrativas, como, por exemplo, a suspensão dos produtos e/ou indicação da operadora ao Regime de Direção Técnica, além das acima expostas e outras que se tornarem necessárias.

Art.26º (renumerado) 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

De: 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.~~

Para: 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.”

De: Art. 31º 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:

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

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

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

§ 2º A portabilidade de carências tratada neste artigo não poderá ser exercida por beneficiários de

planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, aplicando -se o requisito previsto no inciso IV do caput do artigo 3º desta Resolução.

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

§ 4º O beneficiário que esteja cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

§ 5º O beneficiário que esteja pagando agravio 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 agravio a ser negociado com a operadora do plano de destino.

Art. 28º (renumerado) Esta resolução se aplica a todas as modalidades de operadoras somente no que não for incompatível com a regulamentação específica em vigor.

Art. 29º (renumerado) Esta Resolução Normativa entra em vigor 180 dias após sua publicação.

Rogério Scarabel Barbosa

Diretor-Presidente Substituto

ANEXO

REGRAS PARA A COMUNICAÇÃO INDIVIDUALIZADA PREVISTA NO ART. 21 DESTA RESOLUÇÃO NORMATIVA

A Comunicação Individualizada poderá ser realizada pelos seguintes meios:

- I - correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;
- II - mensagem de texto para telefones celulares (SMS);
- III - mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas (Whatsapp, Telegram, Messenger ou outro aplicativo que disponha de tal recurso);
- IV - ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;
- V - carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura do contratante;
- VI - preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pelo contratante.

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

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

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

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

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



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 17:46, 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 17:49, 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 17:59, 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 **18994294** e o código CRC **E7956454**.