

PERGUNTAS E RESPOSTAS – ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 585/2023

1) No caso em que a suspensão temporária ultrapassar os 180 dias, haverá algum prazo para que a operadora promova a alteração da rede hospitalar, bem como para providenciar a comunicação, atualização do portal?

Observa-se que, passados os 180 dias da suspensão temporária, não tendo sido identificada a solicitação da alteração da rede hospitalar nos termos da norma, a operadora já se encontra passível às penalidades cabíveis quanto ao respectivo tipo infrativo.

2) A Instrução Normativa para avaliação do impacto sobre a massa assistida não deveria ter sido publicada em conjunto com a RN?

A regra para avaliação do impacto à massa assistida está disposta na RN nº 585/23, qual seja: a autorização para redimensionamento de rede hospitalar por redução será concedida desde que o impacto sobre a massa assistida não ultrapasse os limites definidos pela ANS.

Considera-se a ocorrência de impacto sobre a massa assistida quando o redimensionamento envolver entidades hospitalares responsáveis por até 80% das internações na sua região de saúde, nos últimos 12 (doze) meses, para os planos objetos do redimensionamento (Curva ABC).

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.

Serão utilizados os dados sobre internações da forma como as informações são encaminhadas e disponibilizadas na TISS - Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar atualmente.

A Instrução Normativa a ser publicada visa complementar o citado normativo, com o detalhamento dos procedimentos utilizados nas avaliações.

3) Quando será publicada pela ANS a Instrução Normativa que tratará da metodologia de avaliação utilizando os dados do Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar (TISS)?

Nas análises de redimensionamento por redução e substituição de entidades hospitalares serão utilizados os dados sobre internações da forma como as informações são encaminhadas e disponibilizadas na TISS - Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar atualmente.

No momento, estão sendo elaborados a Instrução Normativa e o Manual do Sistema contendo o detalhamento dos procedimentos utilizados nas avaliações, os quais serão publicados antes da vigência da Resolução Normativa nº 585/2023.

4) Como serão comprovados os encerramentos das atividades dos estabelecimentos hospitalares? Qual (is) o(s) motivo (s) de desativação da ficha do prestador no CNES, são considerados válidos pela ANS, para fins de para fins de comprovação do encerramento de atividades da entidade hospitalar? Qual (is) a(s) situação (ções) cadastral (trais) na Receita Federal, são consideradas válidos pela ANS, para fins de para fins de comprovação do encerramento de atividades da entidade hospitalar?

Caso a motivação do descredenciamento seja o encerramento das atividades do prestador, a operadora deverá estar de posse da documentação comprobatória devendo encaminhar à ANS sempre que solicitada.

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.

Informamos que, para fins de alteração de rede hospitalar motivada pelo encerramento das atividades do prestador, aceitamos, como documentação comprobatória, o Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral do estabelecimento de saúde junto à Receita Federal, bem como a Ficha do Cadastro do Estabelecimento de Saúde junto ao CNES, que se encontre com a situação cadastral "Baixada" ou "Desativada", independente do motivo.

Vale ressaltar apenas que a entidade hospitalar em questão não poderá estar prestando serviços de internação hospitalar no logradouro informado no cadastro, sendo de responsabilidade da operadora a confirmação deste fato.

5) A TAP será devida em qualquer modalidade de alteração da rede (exclusão parcial de serviço, exclusão do serviço de U/E, redimensionamento e substituição)?

Não houve alteração nas regras de cobrança da Taxa por Alteração de Dados do Produto. Por não se caracterizar alteração do produto, as exclusões parciais de serviços hospitalares e do serviço de U/E não são passíveis de pagamento de TAP.

A GRU referente ao recolhimento da Taxa de Alteração de Dados do Produto – TAP, para fins da solicitação de alteração de rede hospitalar (redimensionamento e substituição) será gerada exclusivamente pelo sistema, quando devida, nos termos da RN nº 493, de 29 de março de 2022. Nos casos em que é devida a TAP, a solicitação da operadora só será admitida a partir da compensação do pagamento.

Mais informações sobre Cálculo da Taxa por Alteração de Dados de Produto (TAP) podem ser consultadas [aqui](#).

6) Havendo interesse exclusivo do prestador no encerramento do contrato, sendo que não há como cumprir o critério de regionalidade, como a operadora deve proceder para fins de alteração da rede hospitalar?

Para fins de substituição, além de cumprir os requisitos de utilização e qualificação, o prestador substituto deverá estar localizado no mesmo município da entidade hospitalar a ser excluída. Todavia, em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município, deverá ser indicado prestador em município limítrofe a este. Ainda, em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes, deverá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.

7) Não houve revogação expressa da RN nº 568/22. Se trata de erro material?

Esta ANS revogará a RN nº 568/22 em momento oportuno, para fins da vigência da RN nº 585/23

8) Conforme Resolução da ANS Nº 585, o redimensionamento de rede hospitalar por redução pode ser motivado por interesse do prestador. Neste caso, se o prestador não puder ser excluído por redimensionamento, uma vez que sua exclusão causaria impacto a massa assistida, e no município da entidade hospitalar, nos municípios limítrofes ou na região de saúde, não existe outro prestador hospitalar para fins de substituição, o que poderá fazer a operadora para manter este prestador em sua rede assistencial?

O normativo dispõe de várias alternativas para o descredenciamento de prestador hospitalar, qual seja, o redimensionamento por redução, desde que o impacto sobre a massa assistida não ultrapasse os limites definidos pela ANS, e a substituição no mesmo município, com possibilidade de inclusão de prestador substituto em municípios limítrofes e em região de saúde distinta do prestador substituído, em casos específicos de indisponibilidade e inexistência.

Entretanto, lembramos que os critérios dispostos na norma têm o objetivo de garantir ao beneficiário a rede contratada, especialmente se o prestador for um dos mais utilizados da rede do plano, pois conforme art. 17 da Lei 9656/98, a inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o da Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

Diante disso, caso não seja possível o redimensionamento por redução ou a substituição do prestador hospitalar nos termos da RN nº 585/23, caberá à operadora negociar com o prestador a sua permanência na rede do plano.

9) A rescisão unilateral por parte do prestador está prevista contratualmente, neste caso, como poderá a Operadora manter contrato, se a outra parte não possui interesse e solicitou rescisão contratual?

Não há competência legal para a ANS impor a manutenção de contratos entre operadoras e prestadores, sendo as partes livres para pactuá-los, desde que observados os parâmetros determinados pela legislação/normatização. É importante lembrar que as relações contratuais, via de regra, estabelecem-se pelo prisma do Princípio da Autonomia da Vontade, ou seja, as partes podem estabelecer livremente suas relações jurídicas, cabendo observar as normas de ordem pública que mitigam essa liberdade negocial.

Entretanto, caso o motivo da solicitação de descredenciamento seja a rescisão contratual por parte do prestador, será avaliado o impacto dessa exclusão à massa assistida da operadora, conforme regras estabelecidas pela RN 585, de 2023.

Caso o descredenciamento gere impacto à massa de beneficiários vinculados aos planos a serem alterados, de acordo com os critérios estabelecidos nos §1º, §2º e §3º do art. 13 da norma, o redimensionamento não será autorizado restando à operadora a opção da substituição.

10) Em casos de casos de negativa de atendimento por parte do prestador em função de rescisão unilateral do contrato. Como poderá a Operadora atuar nesta negativa? Quais os impactos perante a normativa de rede assistencial?

Caso as negociações para manutenção do contrato com o prestador sejam infrutíferas, a operadora deverá proceder a solicitação de descredenciamento do mesmo, por redimensionamento por redução ou substituição.

Quanto à atuação da operadora frente à negativa de atendimento prestador, lembramos que para garantir a assistência oferecida nos produtos, a operadora deverá formar uma rede de prestadores, seja própria ou contratualizada, capaz de atender aos beneficiários nos prazos regulamentares definidos pela ANS respeitando o que foi contratado.

Assim, não sendo possível o atendimento do beneficiário no prestador em questão, a operadora deverá disponibilizar outro estabelecimento de saúde ao beneficiário, garantindo seu atendimento em conformidade com a RN nº 566/2022.

11) Como poderá a Operadora exigir do estabelecimento a prestação de um serviço hospitalar se o prestador excluiu expressamente tal cobertura?

A RN nº 585/23 permite a exclusão parcial de serviços de internações hospitalares de prestador, desde que este prestador não faça parte do conjunto de prestadores responsáveis por até 80% das internações na sua região de saúde, nos últimos 12 (doze) meses.

Caso o serviço a ser excluído seja prestado em um estabelecimento contido no conjunto acima citado, a operadora não poderá apenas retirar o serviço da rede do produto, mas deverá substituir o referido serviço através de outro prestador, devendo ser observadas as regras de localização e utilização estabelecidas no art. 7º da RN nº 585/23.

Lembrando que se considera exclusão parcial de serviços a retirada de quaisquer das categorias de serviços hospitalares previstas no §1º do art. 7º da referida Resolução Normativa.

Destaca-se, ainda, que caso a exclusão parcial de serviços hospitalares seja motivada pela extinção do serviço na entidade hospitalar ou pela exclusão do serviço na operadora intermediária, nos casos de contratação indireta, não será aplicada a avaliação de impacto à massa assistida para sua exclusão.

12) O que caracteriza um prestador como Entidade Hospitalar para fins de solicitação de Redimensionamento de Rede por Redução ou Substituição de Entidade Hospitalar?

Para fins da RN 585, de 2023, entidade hospitalar é o estabelecimento de saúde em que tenha sido contratado o serviço de internação hospitalar, pela operadora, para oferecimento aos seus beneficiários.

13) No que diz respeito aos tipos de contratualização, quem deve solicitar Redimensionamento de Rede por Redução e Substituição de Entidade Hospitalar?

Tanto a operadora que possui Contratualização Direta quanto a que possui Contratualização Indireta com o prestador devem solicitar o Redimensionamento de Rede por Redução ou Substituição da Entidade Hospitalar.

A operadora que contrata a entidade hospitalar de forma indireta e pretenda solicitar a sua substituição ou o redimensionamento de rede hospitalar por redução, somente deve recolher a TAP caso a operadora que mantém a relação direta com a entidade hospitalar não tenha obtido autorização para a exclusão, nos termos da Resolução Normativa nº 493, de 2022.

A operadora que contrata a entidade hospitalar de forma indireta e pretenda solicitar a sua substituição ou o redimensionamento de rede por redução, já autorizado para a operadora intermediária, deverá guardar cópia de documento emitido pela ANS a esta operadora autorizando a exclusão da entidade hospitalar.

A operadora que contrata a entidade hospitalar de forma indireta e pretenda contratá-la de forma direta ou manter a relação indireta através de outra operadora intermediária, deverá promover a alteração dos dados da entidade hospitalar no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde informado à ANS.

14) A operadora ao descredenciar parcialmente um dos serviços hospitalares, deverá informar no seu portal a rede substituta, enviar comunicado ao beneficiário e solicitar autorização prévia da ANS?

Considera-se exclusão parcial de serviços hospitalares a retirada de quaisquer das categorias de serviços previstas no §1º do art. 7º, quais sejam: Internação Psiquiátrica, Internação Obstétrica, Internação Pediátrica, 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.

Desta forma, apenas quando a operadora excluir a totalidade de uma das categorias de internação ou um dos tipos de Atendimento de Urgência e Emergência (adulto ou pediátrico) precisará cumprir as regras dispostas nos arts. 14 ou 15 da norma e realizar a comunicação no Portal Corporativo da operadora.

Deverão ser comunicados de forma individualizada apenas os redimensionamentos de rede por redução, as substituições e as exclusões de serviços de urgência e emergência ocorridos no município de residência do beneficiário.

Quanto à solicitação de autorização à ANS, ressaltamos que tal alteração (exclusão parcial de serviços hospitalares), não necessita de autorização da ANS, entretanto a operadora somente poderá excluir parcialmente serviços de internações ou serviços de urgência e emergência, contratados em entidades hospitalares, conforme regras dispostas nos arts. 14 ou 15 da norma.

15) Se a operadora possui contrato com prestador para disponibilização do serviço de Urgência e Emergência Adulto com atendimento nas especialidades de Cardiologia, Clínica Médica e Ortopedia; entretanto cessará o atendimento na especialidade de Cardiologia mantendo o atendimento nas especialidades de Clínica Médica e Ortopedia. Como a operadora deverá proceder neste caso?

Considera-se exclusão parcial de serviços hospitalares a retirada de quaisquer das categorias de serviços previstas no §1º do art. 7º, quais sejam: Internação Psiquiátrica, Internação Obstétrica, Internação Pediátrica, 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.

Desta forma, apenas quando a operadora excluir a totalidade de uma das categorias de internação ou um dos tipos de Atendimento de Urgência e Emergência (adulto ou pediátrico) precisará cumprir as regras dispostas nos arts. 14 ou 15 da norma e realizar a comunicação no Portal Corporativo da Operadora.

Lembrando que 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.

16) Os prestadores não hospitalares, classificados como Demais Estabelecimentos na ANS, que possuem atendimento de Urgência Emergência, ao terem esse serviço descredenciado, seja na totalidade ou parcialmente, deverá informar no seu portal da rede substituta, enviar comunicado ao beneficiário e solicitar autorização prévia da ANS? Em caso positivo, pedimos esclarecer como deverá ser realizado o pedido de autorização junto à ANS, visto que atualmente se dá por meio de Carta.

Inicialmente, ressaltamos que a RN 585, de 2023, trata de alteração de rede hospitalar e serviços de internação ou atendimento de U/E contratados em entidades hospitalares. Já a RN nº 567, de 2022, dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

Importante frisar que o ato que caracteriza o descredenciamento, gerando a necessidade de substituição de prestadores não hospitalares, é a rescisão contratual do estabelecimento, ressalvadas as situações previstas nos artigos 8º e 15 da RN nº 567, de 2022. Sendo assim, a exclusão parcial de serviços contratados, ou do corpo de profissionais que atuam em determinado estabelecimento, bem como a suspensão de atendimento, não encontram abrigo na legislação vigente.

17) Em referência a exclusão parcial de serviços hospitalares, caso a operadora possua contrato com o prestador para disponibilização do Serviço hospitalar: Internação Clínica com o atendimento na especialidade de Urologia, entretanto cessará o atendimento do serviço hospitalar – Internação Clínica na especialidade de Urologia. A operadora poderá indicar um substituto que tenha o serviço hospitalar de Internação Clínica em outra especialidade diferente de Urologia?

Considera-se exclusão parcial de serviços hospitalares a retirada de quaisquer das categorias de serviços previstas no §1º do art. 7º, quais sejam: Internação Psiquiátrica, Internação Obstétrica, Internação Pediátrica, 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.

Caso seja realizada a substituição do serviço de internação em outro prestador, é necessário que o prestador substituto disponha da categoria de internação a ser excluída, no caso em tela, a categoria de Internação Clínica, não necessariamente na mesma especialidade.

18) Como proceder nos casos de suspensão temporária dos atendimentos em que exceda o prazo de 180 dias de suspensão, caso a operadora não tenha interesse de fazer o descredenciamento e não for o caso de encerramento das atividades?

Ultrapassados os 180 dias, a operadora de planos de assistência à saúde deverá optar por solicitar substituição da entidade hospitalar ou o redimensionamento de rede por redução, uma vez que o prestador se encontra indisponível para os beneficiários por um longo período. Nestes casos, deverá obedecer às regras de comunicação estabelecidas na Resolução Normativa.

Posteriormente, caso o prestador retorne com o atendimento, a operadora poderá reincluí-lo na rede assistencial dos produtos alterados.

19) Se a operadora for realizar o descredenciamento definitivo do prestador que se encontre com suspensão temporária dos atendimentos (dentro do prazo de 180 dias) solicitamos nos informar se é necessário enviar novo comunicado de forma individualizada ao beneficiário e sobre haver a previsão de 30 dias para informar ao beneficiário no portal?

Inicialmente, esclarecemos que não há comunicação individualizada aos beneficiários nos casos de suspensão temporária de atendimento. Deverão ser comunicados de forma individualizada apenas os redimensionamentos de rede por redução, as substituições e as exclusões de serviços de urgência e emergência ocorridos no município de residência do beneficiário.

No caso de suspensão temporária dos serviços na entidade hospitalar, a operadora deverá comunicar seus beneficiários, em seu Portal Corporativo,

sobre o período estimado de interrupção, indicando as alternativas disponíveis na rede para prestação do atendimento.

Caso deseje descredenciar definitivamente o prestador, a operadora deverá solicitar o redimensionamento por redução ou a substituição da entidade hospitalar, nos termos da norma, e comunicar, de forma individualizada, os beneficiários residentes do município onde esteja localizado o prestador a ser excluído, sobre o descredenciamento de fato.

Deverá, ainda, informar a alteração de rede no seu Portal Corporativo com 30 (trinta) dias de antecedência, contados do término da prestação de serviço, excetuando-se desse prazo os casos previstos no §2º do art. 20 da RN nº 585/23.

20) A Resolução Normativa estabelece que o prestador substituto deverá estar localizado no mesmo município da entidade hospitalar a ser excluída. I - Em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município, deverá ser indicado prestador em município limítrofe a este; II - Em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes, deverá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município. Questionamos como a Operadora deverá proceder quando há prestador hospitalar na mesma localidade ou município limítrofe, porém, não é contratualizado pela Operadora, bem como a mesma não tem interesse na nova contratualização em virtude dos fatores negociais desfavoráveis. Neste caso, poderá ser indicado prestador da Região de Saúde?

Conforme regra de localidade prevista na alteração de rede hospitalar por substituição, informamos que o prestador substituto deverá estar localizado no mesmo município da entidade hospitalar a ser excluída. Caso exista prestador apto ao credenciamento no município, a operadora deverá contratá-lo. O prestador substituto só poderá estar localizado em município limítrofe ou em outro município da mesma Região de Saúde, desde que a operadora comprove a inexistência de prestador no mesmo município do prestador a ser excluído ou o não interesse do prestador na contratação.

21) Independentemente se o descredenciamento ocorrer por interesse da operadora ou exclusivo do prestador deverá ser realizada solicitação prévia da ANS?

Sim, para ambas as motivações a operadora deverá solicitar o redimensionamento de rede por redução e aguardar autorização desta ANS, em atendimento ao §4º art. 17 da Lei nº 9.656/98. Ressaltamos que nos dois casos, a autorização para redimensionamento de rede hospitalar por redução será concedida desde que o impacto sobre a massa assistida não ultrapasse os limites definidos pela ANS, conforme critérios definidos no art. 13 do normativo.

Lembrando, ainda, que a norma também prevê a opção da substituição da entidade hospitalar.

22) Para a operadora realizar alteração na rede hospitalar seja por substituição ou redimensionamento da rede por redução, de forma parcial ou na totalidade, será necessária autorização expressa da ANS?

Apenas os redimensionamentos de rede por redução e as substituições de entidades hospitalares, que se configuram pela exclusão total do estabelecimento de saúde ou de seus serviços de internação, da rede do produto, necessitam de solicitação prévia e autorização do órgão regulador.

Para exclusão parcial de serviços de internação ou de serviços de urgência e emergência, não se faz necessária a autorização desta ANS, entretanto, a operadora deverá cumprir as regras dispostas nos arts. 14 ou 15 da norma e realizar as devidas comunicações em seu Portal Corporativo.

23) Atualmente, quando o descredenciamento ocorre devido a rescisão contratual por parte do prestador, tendo a operadora dado causa, sugere-se que seja realizada a substituição do prestador hospitalar por outro que não faça parte da rede credenciada. Quando ocorrer a rescisão com o prestador que possua contratualizado mais de um serviço hospitalar, e somente a exclusão de um desses serviços represente impacto na massa assistida, a operadora poderá solicitar alteração junto à ANS de forma mista, ou seja, apresentar substituto (novo prestador) apenas para o serviço hospitalar que representa impacto na massa assistida e para os demais serviços hospitalares a solicitação ser do tipo redimensionamento por redução?

Para avaliação do impacto à massa assistida, na alteração de rede hospitalar via redimensionamento de rede por redução, será avaliado o total de internações ocorridas no prestador, nas categorias de internação definidas no art. 7º da RN nº 585/23. Os dados serão provenientes das informações encaminhadas na TISS - Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar.

Com base na avaliação acima, o prestador, como um todo, será considerado ou não um dos mais utilizados do plano a ser alterado, ou seja, será identificado se este prestador faz parte do conjunto de estabelecimentos de saúde responsáveis por até 80% das internações em sua região de saúde.

Já na alteração de rede hospitalar por substituição, também considerando os dados da TISS, serão avaliados os serviços de internação hospitalar, bem como os serviços de urgência e emergência, conforme as categorias definidas no art. 7º da RN 585/23, ocorridos no prestador nos últimos 12 meses e, para aqueles serviços em que forem identificados atendimentos, tornar-se-á necessária a sua substituição em outro estabelecimento de saúde.

Desta forma, é possível observar que, tanto pelo redimensionamento de rede por redução quanto pela substituição da entidade hospitalar, que se configuram pela exclusão total do estabelecimento de saúde ou de seus serviços de internação da rede do produto, ocorre a avaliação do prestador como um todo para fins de deferimento da solicitação de sua exclusão, de modo que a operadora deverá optar por uma das vias quando necessitar excluir o prestador de sua rede assistencial.

24) Quando ocorrer a exclusão parcial de serviços hospitalares ou suspensão temporária do atendimento é necessário a comunicação de forma individualizada ao beneficiário?

Deverão ser comunicados de forma individualizada ao beneficiário titular do plano ou ao seu responsável legal, os redimensionamentos de rede por redução, as substituições e as exclusões de serviços de urgência e emergência ocorridos no município de residência do beneficiário.

No Portal Corporativo a operadora deverá informar 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, excetuando-se desse prazo os casos previstos no §2º do art. 20 da RN nº 585/23.

No caso de suspensão temporária dos serviços na entidade hospitalar, a operadora deverá comunicar seus beneficiários, em seu Portal Corporativo, sobre o período estimado de interrupção e as alternativas disponíveis na rede para prestação do atendimento.

25) O Portal Operadoras, no site da ANS, sofrerá adequações para permitir a solicitação de descredenciamento por tipo de serviços hospitalares e produto? Em caso positivo, quando teremos acesso a nova plataforma?

O Sistema de Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar está sendo adequado para atender aos novos critérios de alteração de rede hospitalar. A partir da vigência da norma, as análises e deferimentos serão realizados por produto indicado para alteração.

Observamos que as exclusões parciais de serviços (exclusão de categorias de serviços hospitalares previstas no §1º do art. 7º, quais sejam: Internação Psiquiátrica, Internação Obstétrica, Internação Pediátrica, 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) não serão solicitadas pelo Sistema de Alteração de Rede Hospitalar, visto que não dependem de autorização do órgão regulador, entretanto, a operadora somente

poderá excluir parcialmente serviços hospitalares, contratados em entidades hospitalares, conforme regras dispostas nos arts. 14 e 15 da norma.

26) Para fins de comprovação de envio de comunicação individualizada, no portal corporativo da operadora, dispomos de área restrita do beneficiário. Tal espaço poderá ser utilizado para o envio do comunicado de alteração de rede hospitalar?

Os meios de comunicação individualizada estão previstos no Anexo da Resolução Normativa nº 585/2023, quais sejam:

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 beneficiário titular do plano ou de seu responsável legal;

VI - preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pelo beneficiário titular do plano ou por seu responsável legal.

A Comunicação Individualizada deverá ser realizada nos casos de redimensionamento de rede por redução, substituição ou exclusão de serviço de urgência e emergência de prestador ocorridos no município de residência do beneficiário.

Entendemos que a inclusão da informação na área restrita do beneficiário, constante no Portal Corporativo da operadora, não atende ao objetivo principal da comunicação individualizada que é o conhecimento da exclusão do prestador, pelo beneficiário, antes da necessidade de seu uso.

A comunicação individualizada visa o recebimento da informação da exclusão do prestador ou de seu serviço de urgência e emergência de forma passiva pelo beneficiário, ou seja, sem a necessidade de qualquer ação de sua parte para conhecimento da informação.

27) Para fins de caracterização de exclusão parcial de serviços hospitalares ou de urgência e emergência, será considerada quando a totalidade de determinada categoria de serviços for excluída ou apenas uma especialidade cirúrgica, como possibilita a interpretação da RN nº 585?

Considera-se exclusão parcial de serviços hospitalares a retirada de quaisquer das categorias de serviços previstas no §1º do art. 7º, quais sejam: Internação Psiquiátrica, Internação Obstétrica, Internação Pediátrica, 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. Desta forma, apenas quando a operadora excluir a totalidade de uma das categorias de internação ou um dos tipos de Atendimento de Urgência e Emergência (adulto ou pediátrico) precisará cumprir as regras dispostas nos arts. 14 ou 15 da norma e realizar a comunicação no Portal Corporativo da Operadora.

Assim, caso a operadora possua contrato para prestação do serviço de Internação Clínica nas especialidades cardiologia e ortopedia e pretenda descredenciar apenas o serviço de ortopedia, tal alteração não está abarcada nas regras dispostas no art. 14 da norma.

Lembramos que a metodologia foi elaborada considerando a forma como as internações são agrupadas no Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar (TISS).

28) Haverá possibilidade de recurso na hipótese de indeferimento da movimentação da rede hospitalar?

Sim, assim como é feito atualmente, a operadora poderá solicitar reconsideração da análise em caso de indeferimento da solicitação de redimensionamento de rede por redução ou substituição de entidade hospitalar, através do Sistema de Solicitação de Alteração de Rede Hospitalar.

A novidade é que, a partir da vigência do normativo, as análises e as reconsiderações serão realizadas por plano objeto das alterações da rede hospitalar.

29) Onde a operadora poderá obter a informação acerca da existência e validade sobre atributos de qualificação dos prestadores para fins de cumprimento das regras de substituição previstos no normativo?

Na página da ANS a operadora poderá ter acesso ao espaço destinado ao Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (Qualiss), onde estão disponíveis as listas de prestadores com os respectivos atributos de qualificação citados no normativo (Acreditação, Outras Certificações, com reconhecimento pela ISQua e Segurança do Paciente).

30) Como a operadora poderá comprovar a impossibilidade de contratação de prestador com atributo de qualificação?

A operadora deverá possuir qualquer documento que comprove a tentativa infrutífera de contratação de prestador com o atributo que qualificação necessário à substituição.