

Data: 29/08/2023

Edição: 131.23

Referente: Resolução Normativa nº 585/23 - alteração de rede hospitalar

Informamos que foi publicada no diário oficial da união (DOU) da última quinta-feira, dia 24 de agosto de 2023, a Resolução Normativa nº 585, de 18 de agosto de 2023, que dispõe sobre os critérios para as alterações na rede assistencial hospitalar no que se refere à substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede por redução.

De acordo com a Resolução Normativa nº 585/23, que entrará em vigor no dia 1º de março de 2024:

1 - Todos os prestadores de serviços de saúde da rede assistencial da operadora (entidades hospitalares, consultórios, clínicas ambulatoriais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico - SADT) devem estar informados no cadastro de estabelecimentos de saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do sistema de registro de planos de saúde (RPS).

2 - No caso de redimensionamento por redução ou substituição da entidade hospitalar, caso a operadora mantenha o contrato com o estabelecimento para prestação de serviços não hospitalares, deverá providenciar a reinclusão do prestador no cadastro de estabelecimentos de saúde na ANS com seus dados atualizados.

3 - Nos casos de substituição de entidade e de redimensionamento de rede hospitalar por redução, a operadora deverá observar as seguintes diretrizes:

- garantir aos beneficiários a manutenção do acesso aos serviços ou procedimentos definidos no rol de procedimentos e eventos em saúde;
- garantir aos seus beneficiários uma comunicação efetiva quanto à alteração das entidades hospitalares.

4 - Às operadoras é permitido realizar substituição de entidades hospitalares desde que sejam equivalentes e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com 30 dias de antecedência.

5 - A avaliação de equivalência de entidades hospitalares para fins de substituição 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.

6 - 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 prestador em município limítrofe a este. 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 - Caso o prestador a ser excluído possua um dos seguintes atributos de qualificação, ordenados de acordo com a seguinte hierarquia: Acreditação segundo critérios estabelecidos pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (Qualiss); (ii) Outras Certificações, com reconhecimento pela International Society for Quality in Health Care (ISQua); ou (iii) Segurança do Paciente, a substituição deste prestador deverá ser feita por outro prestador que possua atributo de qualificação do mesmo nível ou superior, considerando a hierarquia apresentada.

8 - 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.

9 - A operadora poderá indicar, como prestador substituto, estabelecimento de saúde já pertencente à rede de atendimento do produto, somente nos casos em que:

- tenha havido aumento da capacidade de atendimento do prestador, através da ampliação dos seus serviços/leitos ou da sua instalação física, nos últimos 90 dias, correspondente aos serviços que estão sendo excluídos; ou
- tenha sido incluído na rede do produto, no máximo, até 90 dias antes da exclusão do prestador a ser substituído.

10 - Às operadoras é permitido realizar **redimensionamento** de rede hospitalar por redução, desde que: - tenha obtido autorização expressa da ANS;

- o impacto sobre a massa assistida não ultrapasse os limites definidos pela ANS; e
- os beneficiários sejam comunicados de forma efetiva.

11 - O redimensionamento de rede hospitalar por redução poderá ser motivado por:

- interesse da própria operadora ou da entidade hospitalar; - rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora intermediária, nos casos de contratação indireta; ou
- encerramento das atividades da entidade hospitalar.

12 - 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 meses, para os planos objetos do redimensionamento (Curva ABC).

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

14 - A exclusão parcial de serviços de internações hospitalares, contratados em entidades hospitalares cujo redimensionamento por redução ocasione impacto à massa assistida, somente poderá ocorrer mediante substituição de cada serviço hospitalar a ser excluído, devendo ser observadas as regras de localização e utilização.

15 - A exclusão de serviços de urgência e emergência, contratados em entidades hospitalares, que ocasione impacto à massa assistida, somente poderá ocorrer mediante substituição deste serviço em outro estabelecimento de saúde, devendo ser observadas as regras de localização e utilização.

16 - A operadora não está obrigada a solicitar redimensionamento de rede por redução ou comunicar a substituição à ANS, nos casos de suspensão temporária, desde que o prazo de suspensão não exceda 180 dias, entretanto, a operadora deverá:

- continuar a oferecer a plenitude da cobertura contratada, de acordo com o rol de procedimentos e eventos em saúde, observando, ainda, as regras de garantia de atendimento;
- comunicar seus beneficiários sobre a suspensão temporária dos serviços na entidade hospitalar; e
- manter comprovação da suspensão temporária do atendimento hospitalar na entidade hospitalar, para fins de eventual fiscalização da ANS.

17 - É facultada ao beneficiário a portabilidade no caso de descredenciamento de entidade hospitalar, por redimensionamento por redução ou substituição, bem como no caso de retirada do serviço de urgência e emergência do prestador hospitalar, ocorrido no município de residência do beneficiário ou no município de contratação do plano, independente do prazo de permanência no produto e da faixa de preço, dentro do prazo de até 180 dias, contados da data do descredenciamento. Este tipo de portabilidade não poderá ser exercida por beneficiários de planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656/98.

18 - O site da operadora deverá informar, em espaço específico, todos os redimensionamentos por redução, substituições, exclusões parciais de serviços hospitalares e exclusões de serviços de urgência e emergência a serem implementadas com 30 dias de antecedência, contados do término da prestação de serviço, e deverá permanecer acessível por 180 dias, sem prejuízo da comunicação individualizada, quando couber.

19 - 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. Nos casos de contratos coletivos, a comunicação poderá ser realizada por meio da pessoa jurídica contratante, desde que a operadora possa comprovar a ciência individualizada de cada beneficiário titular do plano ou de seu responsável legal, quando necessário.

20 - Encaminhamos abaixo a íntegra do Anexo da norma que trata das regras para a comunicação individualizada.

A Comunicação Individualizada poderá ser realizada pelos meios abaixo, devendo a operadora observar aqueles acessíveis ao beneficiário:

- 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 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 se os recursos tecnológicos conseguirem comprovar a ciência do destinatário.

Nos casos de credenciamento de prestador hospitalar por redimensionamento por redução ou substituição, a comunicação individualizada deverá vir acompanhada da informação sobre a possibilidade do exercício da portabilidade prevista no artigo 19 desta Resolução Normativa, bem como o prazo para exercer tal direito.

A operadora deverá informar ao beneficiário titular do plano ou ao seu responsável legal, em texto destacado, 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 desatualizada do banco de dados da operadora.

A operadora deverá promover a ampla divulgação sobre os possíveis meios de comunicação individualizada.

Dr. Walfrido Oberg

Diretor Financeiro

Dr. Nilton Busch

Assessoria Saúde Suplementar Expediente: *Unimed Centro-Oeste Paulista - Federação Intrafederativa das Cooperativas Médicas*

Este informativo foi elaborado pelo GETANS - Grupo de Estudos Técnicos ANS - e produzido pelo Departamento de Marketing da Unimed Centro-Oeste Paulista

(14) 2106-1407 - marketing@unimedcop.coop.br
