

OFÍCIO 023/2017/PRESI

Rio de Janeiro, 7 de março de 2017.

Ao Senhor

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO

Diretor-Presidente e Diretor de Gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
Avenida Augusto Severo, 84, 9º andar - Glória.
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

C/C

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA

Diretora de Desenvolvimento Setorial – DIDES/ANS

qualificacao.operadoras@ans.gov.br

Assunto: **IDSS – ano base 2017**

Senhor Presidente,

1. A FENASAÚDE - Federação Nacional de Saúde Suplementar, entidade representativa de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, vem apresentar nos documentos anexos as suas contribuições para o assunto em referência, conforme solicitado na reunião realizada em 24/3/17.
2. As propostas apresentadas no documento anexo foram elaboradas com base nos materiais disponibilizados pela Agência na ocasião da referida reunião.
3. Adicionalmente, destacamos a necessidade de que devem ser especificados nas fichas técnicas todos os código TUSS nos indicadores que façam relação ao procedimento ou evento em saúde. Nos indicadores que têm como base procedimentos preventivos, é necessário considerar os casos em que um beneficiário possui dois planos. Neste caso, sugerimos que o indicador considere na sua ficha técnica os eventos realizados na outra operadora.

4. Com relação aos indicadores que utilizam o Código Internacional de Doenças (CID 10) na sua base de cálculo, sugerimos não incluir, pois as operadoras são impedidas de exigir tal informação dos prestadores.

5. Por fim, solicitamos um prazo adicional de 15 para o envio de novas contribuições, uma vez que as alterações e inclusões propostas possuem um alto impacto e demandam o envolvimento de diversas áreas das operadoras. O material só foi disponibilizado pela ANS no final do dia 29/03, com prazo de apenas sete dias úteis. Este prazo mostrou-se insuficiente, pois são 30 indicadores.

Atenciosamente,

SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES
Presidente

ANEXO - OFÍCIO 023/2017/PRESI

CONTRIBUIÇÕES PARA AS FICHAS TÉCNICAS

SUMÁRIO

1. INDICADORES DA DIMENSÃO QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE –IDQS	2
1.2 Taxa de Consultas de Pré-Natal (PESO 2).....	2
1.4 Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos (PESO 2)	2
1.5 Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos (PESO 4)	3
1.7 Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada (PESO 3).....	3
1.10 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal (PESO 3)	3
2. INDICADORES DA DIMENSÃO GARANTIA DE ACESSO – IDGA	3
2.2 Número de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos (PESO 2).....	3
2.3 Dispersão de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas no TISS (PESO 1).....	4
2.5 Dispersão da Rede Assistencial Odontológica (PESO 1).....	4
3. INDICADORES DA DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE NO MERCADO – IDSM	5
3.2 Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde (PESO 1).....	5
3.7 Pesquisa de Satisfação de Beneficiário	6
4. INDICADORES DE GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO – IDGR.....	7
4.2 Índice de Efetivo Pagamento do Ressarcimento ao SUS (PESO 1).....	7
4.3 Taxa de utilização do SUS (PESO 1)	7
4.4 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS) (PESO 2)	7

1. INDICADORES DA DIMENSÃO QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE –IDQS

1.2 Taxa de Consultas de Pré-Natal (PESO 2)

PROPOSTA FENASAÚDE: Não incluir o indicador

JUSTIFICATIVA: Não há por parte das operadoras qualquer restrição à realização de consultas, nem mesmo autorização prévia, a adesão a programas de promoção à saúde em que há acompanhamento das gestantes é de adesão voluntária, não pode a operadora ser penalizada pela decisão que não lhe compete.

Os períodos gestacional e de mensuração do IDSS não coincidem, este último refere-se ao ano civil enquanto o primeiro pode ultrapassar o mês de dezembro, as consultas realizadas no ano anterior não podem ser desconsideradas. Nem mesmo pode-se esperar a realização da totalidade das consultas no caso de inclusão de beneficiária com o processo gestacional já iniciado, como por exemplo uma beneficiária no 6º mês de gestação.

1.4 Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos (PESO 2)

PROPOSTA FENASAÚDE: Excluir o indicador

JUSTIFICATIVA: A operadora não tem qualquer ingerência com relação a riscos que o idoso é exposto que o leve a fraturar o fêmur, a adesão a programas de promoção à saúde em que há acompanhamento de idosos é de adesão voluntária, não pode a operadora ser penalizada pela decisão que não lhe compete.

1.5 Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos (PESO 4)

PROPOSTA FENASAÚDE: Não limitar as especialidades médicas

JUSTIFICATIVA: Há idosos que optam por fazer acompanhamento com cardiologista ou outra especialidade que entendem ser mais convenientes e que o acompanham nas doenças afetas à idade.

1.7 Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada (PESO 3)

PROPOSTA FENASAÚDE: Reduzir o peso do indicador para 1.

JUSTIFICATIVA: A utilização de um valor referência com base no diagnóstico auto referida pode refletir equivocadamente na meta do indicador. Desta forma, a inclusão do indicador com um peso alto, sem um histórico de utilização pode ter grande impacto no resultado da dimensão.

1.10 Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal (PESO 3)

PROPOSTA FENASAÚDE: Incluir o quadro com a fórmula de cálculo.

JUSTIFICATIVA: O quadro não está presente como feito nos anos anteriores.

2. INDICADORES DA DIMENSÃO GARANTIA DE ACESSO – IDGA

2.2 Número de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos (PESO 2)

PROPOSTA FENASAÚDE: Não incluir o indicador

JUSTIFICATIVA: Este indicador é semelhante ao indicador 1.5 e considera os mesmos dados de para o cálculo do indicador.

2.3 Dispersão de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas no TISS (PESO 1)

PROPOSTA FENASAÚDE: Considerar a existência de um nº mínimo de beneficiários na localidade, como por exemplo 500.

JUSTIFICATIVA: O indicador não avalia garantia de acesso. Isso porque no numerador são somados os municípios com disponibilidade de serviços de Urgência e Emergência 24 horas no RPS, que tiveram pelo menos 1 atendimento no TISS ao passo que no denominador são considerados os municípios no CNES que apresentaram disponibilidade de serviço de urgência e emergência na área de atuação dos produtos. Segundo a ANS, esse indicador “verifica a disponibilidade e uso de serviços de urgência e emergência 24 horas na área prevista para cobertura assistencial definida nos produtos das operadoras”. Porém, em produtos de abrangência nacional e concentração de carteira em algumas localidades não deve chegar aos 90% que é a meta da ANS.

2.5 Dispersão da Rede Assistencial Odontológica (PESO 1)

PROPOSTA FENASAÚDE: Considerar a existência de um nº mínimo de beneficiários na localidade, como por exemplo 500, bem como um percentual menor que 90% para as operadoras da segmentação exclusivamente odontológica e retirar a condição “que tiveram pelo menos 1 atendimento no TISS” do numerador da fórmula.

JUSTIFICATIVA: Aproximadamente 60% dos dentistas possuem CNES no Brasil. Além disso, as operadoras, em geral, mantem rede credenciada maior que a necessidade de atendimento em municípios com potencial de venda ou com pouca disponibilidade de rede. A redução da meta para 90% dos municípios não é suficiente para compensar a não contagem desses prestadores. Da forma proposta pela Agência, esse indicador vai desestimular a manutenção de rede credenciada onde não existe atendimento, o que pode impactar também no atendimento de beneficiários em deslocamento.

3. INDICADORES DA DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE NO MERCADO – IDSM

3.2 Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde (PESO 1)

PROPOSTA FENASAÚDE: Não incluir o indicador

JUSTIFICATIVA: Além das nossas justificativas apresentadas no Ofício 01/2017/PRESI, enviado no dia 9/1/17. Ressaltamos que glosa é um instrumento lícito, previsto em contrato entre operadora e prestador e ocorre quando há cobrança equivocada por parte dos prestadores.

Como colocado nos termos na minuta, o conceito está baseado no quociente entre “Valor, em reais, do somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais e o Valor, em reais, do somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais”.

Assim, como dito na própria minuta, a somatória de valores informados (denominador) pode refletir práticas e condutas equivocadas e eventualmente irregulares dos prestadores de serviços de Saúde, tais como não observância a acordos estabelecidos em contrato e tabelas (p. ex: valores superiores aos contratados, itens não contratados), falhas de preenchimento das guias, não observância a prazos, cobranças em duplicidade, falta ou ausência de documentação, itens não cobertos, etc.

A própria minuta cita que a proporção de itens glosados pode ser um indicativo de equilíbrio na relação entre operadora e sua rede. Porém não se pode tomar como verdade absoluta o conceito de que um índice maior de glosa, reflita uma glosa indevidamente aplicada por parte da Operadora. Muitas vezes estamos falando da franca inadequação de alguns prestadores às normas de preenchimentos e contratos estabelecidos.

Outro ponto importante de se ressaltar é que as operadoras divulgam os diversos motivos de glosa sistematicamente à rede referenciada, algumas delas, inclusive através de painéis e sistemas online onde é possível acompanhar diariamente os valores e índices de glosas dando-se ampla possibilidade de recurso e de adequação operacional a cada prestador, no sentido de se reduzir seus futuros os índices de glosa.

Assim, fica evidente demonstrar que a partir da correta e clara informação de valores e tipos de glosa, dá-se oportunidade da adequação à rede referenciada, não existindo intenção da

operadora de se reduzir as despesas assistenciais, em detrimento da justa remuneração do prestador executante, como cita a minuta. Ao contrário, a operadora espera que o prestador, ao corrigir eventuais falhas operacionais possa de fato, exercer a plena remuneração estabelecida em contrato.

Portanto, entendemos que o indicador não poderá ser utilizado como critério do IDSS pois não estará atestando unicamente a qualidade da regulação do sinistro realizado pela Operadora, mas também a qualidade da adequação de práticas e condutas por parte dos prestadores de serviços de saúde, o que portanto não pode servir de base para mensurar a Qualidade da Operadora, sob pena de se retirar a responsabilidade do prestador referenciado em sua relação com a operadora.

Por fim, é importante ressaltar que em hipótese alguma poderá se considerar o valor solicitado de reembolso pelo beneficiário (pag. 165 da minuta), pois é facultada a apresentação de qualquer despesa considerada por ele como "assistencial", sem que este leve em consideração a cobertura contratual, o Rol, ou mesmo os valores estabelecidos contratualmente para reembolso.

Desta forma, para "valores solicitados de reembolso pelo beneficiário" não há que se falar em conceito de glosa, mas sim, apenas, se restringir o conceito às coberturas e valores contratuais estabelecidos. Não pode a ANS penalizar as operadoras pela cobrança indevida dos prestadores nem mesmo objetivar percentual de glosas = 0%.

3.7 Pesquisa de Satisfação de Beneficiário

PROPOSTA FENASAÚDE: Não incluir o indicador.

JUSTIFICATIVA: A pesquisa de satisfação reflete a expectativa do beneficiário, o reajuste aplicado ainda que previsto em contrato, uma negativa ainda que fundamentada, a sensação que utiliza pouco e paga muito se esquecendo do mutualismo interferem na satisfação do beneficiário. Não há clara percepção de que o prestador é uma pessoa jurídica distinta da operadora. Desta forma é improvável que a pesquisa seja isenta.

4. INDICADORES DE GESTÃO DE PROCESSOS E REGULAÇÃO – IDGR

4.2 Índice de Efetivo Pagamento do Ressarcimento ao SUS (PESO 1)

PROPOSTA FENASAÚDE: Incluir os depósitos em juízo efetivamente comprovados por parte das operadoras na metodologia de cálculo.

JUSTIFICATIVA: Para fins de constituição de provisão a Agência já considera os depósitos judiciais do Ressarcimento ao SUS.

4.3 Taxa de utilização do SUS (PESO 1)

PROPOSTA FENASAÚDE: Não incluir o indicador

JUSTIFICATIVA: O acesso ao SUS é um direito de todo cidadão garantido pela constituição. Desta forma, entendemos que a operadora não pode ser penalizada pela escolha do beneficiário. Além disso, existem situações em que o atendimento obrigatoriamente ocorre no SUS, como por exemplo os acidentes de trânsito. Por fim, a notificação do ressarcimento ao SUS sempre ocorre posteriormente a utilização, impossibilitando uma atuação da operadora.

4.4 Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS) (PESO 2)

PROPOSTA FENASAÚDE: Manter como bônus.

JUSTIFICATIVA: Para que seja possível atingir 100% do indicador é necessário que a ANS defina as questões de compartilhamento de risco e efeitos contábeis. As contas contábeis de até 9 dígitos não segregam as informações relativas a este processo e, portanto, impossibilitam tal atingimento. Essa situação é frequente nas operadoras exclusivamente odontológicas que compartilham o risco com operadoras médico-hospitalares. As despesas com evento relacionadas a essa operação estão dentro das despesas do DIOPS da operadora Exclusivamente Odontológica, mas não nos dados do TISS.