



Ofício nº005/2017

São Paulo, 13 de janeiro de 2017.

Às senhoras:

Karla Santa Cruz Coelho

Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO

Marta Regina de Oliveira

Diretora de Desenvolvimento Setorial - DIDES

Simone Sanches Freire

Diretora de Fiscalização - DIFIS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

Av. Augusto Severo, 84 - Glória

20021-040 - Rio de Janeiro/RJ -

Ref.: GT Interáreas – Minuta de Resolução Normativa sobre Franquia e Coparticipação

A Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp tem profundo interesse em todos os temas relacionados à qualidade da assistência médico-hospitalar e à sustentabilidade do sistema de saúde. Importante ressaltar, porém, que as contribuições da Anahp em relação a este tema se atêm àquilo que tem impacto nos prestadores hospitalares e na saúde dos pacientes dos hospitais.

Uma utilização mais racional dos recursos da saúde favorece a todos os atores do setor, e é uma bandeira defendida com afinco pela Anahp, que entende que os mecanismos econômicos e regulatórios que promovam este fim são mais do que bem-vindos – são necessários. Naturalmente, estes mecanismos devem estar alinhados com outros valores importantes como: a qualidade da assistência, os princípios de justiça e equidade e, de uma forma ampla, a promoção da saúde da população.

Desta forma, a minuta de Resolução Normativa sobre coparticipação e a franquia muito bem define o objetivo dos mecanismos de Regulação Financeira como fatores destinados a mitigar o risco moral do beneficiário. A sobreutilização do serviço de saúde gera consequências negativas

para o sistema como um todo, e os mecanismos que visem à redução do excesso são importantes para sustentabilidade do setor.

É necessário, porém, que estes mecanismos não levem tampouco à subutilização dos serviços – ou seja, que os pacientes usem serviços médicos aquém do necessário para a manutenção de uma boa saúde. É necessário buscar não necessariamente uma redução de utilização, mas uma utilização racional e consciente dos serviços disponíveis. Neste sentido, a Anahp traz suas contribuições sobre alguns dos temas tratados pela minuta de Resolução Normativa para a consideração desta Agência.

Urgências e Emergências

Urgências e emergências são casos especiais dentro do sistema de saúde. Um atendimento efetivo e rápido pode garantir muitos anos de sobrevida saudável a um paciente, enquanto a demora naquele momento pode levar até mesmo ao óbito.

Como consequências para o sistema de saúde, aventam-se duas hipóteses e ambas encontram algum respaldo na literatura. Em uma primeira hipótese o copagamento não reduz as visitas às emergências, conforme o artigo “The Effect of Emergency Department Copayments for Medicaid Beneficiaries Following the Deficit Reduction Act of 2005” publicado no Journal of the American Medical Association Internal Medicine (JAMA Internal Medicine) e disponível em (<http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2091743>). Caso isto seja de fato o caso, o mecanismo não cumpre a função de racionalizar o uso e é, simplesmente ineficaz.

Uma segunda hipótese, porém, é ainda mais perigosa: a de que o mecanismo efetivamente reduza as visitas às emergências, conforme publicado no Journal of Managed Care Medicine no artigo “Copayment Levels and Their Influence on Patient Behavior in Emergency Room Utilization in an HMO Population” (<http://www.namcp.org/journals/jmcm/articles/13-1/copayment.pdf>). O artigo descreve que um copagamento de US\$50 reduziu as visitas aos Prontos-Socorros em 42% para condições não urgentes e **em 30% para condições urgentes**.

O mecanismo de regulação financeira tenderá a reduzir a utilização de um determinado serviço. Espera-se que a maioria do que deixe de ser utilizado seja de casos de sobreutilização – nos quais a prestação do serviço não era verdadeiramente necessária. Quando se trata de urgências e emergências, porém, mesmo uma pequena redução do uso que seria de fato necessário pode ter consequências graves.

Em muitos casos relativos a urgências e emergências, o paciente está desacordado. Não cabem, nestes momentos, portanto, considerações sobre o estímulo ao uso racional por parte do paciente. Mas, mesmo em situações menos evidentemente graves, o paciente não deve ser desestimulado de buscar atendimento emergencial. São muitas as condições que ameaçam a vida que, inicialmente, manifestam-se com sintomas que o paciente pode preferir “esperar passar”. Uma dor abdominal – mesmo de baixa intensidade – por exemplo pode ser o princípio

de uma apendicite ou uma torção intestinal. Da mesma forma, uma dor no braço pode prenunciar um infarto.

O risco de que alguns pacientes deixem de buscar atendimento imediato em situações como estas por conta dos fatores moderadores (aguardando, por exemplo, um momento financeiro mais propício) parece ser muito maior do que o risco da eventual sobreutilização dos pront-socorros hospitalares.

Desta forma, acreditamos que atendimentos de urgência e emergência não devem ser incluídos para os fins de mecanismos financeiros de regulação.

Franquia

A minuta de Resolução Normativa não ofereceu maiores detalhes sobre o tema da franquia. Sem que haja maiores limites à sua utilização, porém, ela pode configurar em verdadeiro mecanismo inibidor do acesso à saúde. Enquanto a coparticipação ainda compartilha em cada utilização, entre beneficiário e operadora, os ônus da atenção à saúde – a franquia deixa, ao menos no primeiro momento, para o beneficiário arcar com a totalidade dos gastos.

Assim, a franquia, em vez de ser um fator moderador, até que seja atingida, é um fator de inibição completa do uso. Uma vez atingida, porém, perde qualquer efeito de moderação e passa a ser não mais um moderador, mas um estímulo – já que haveria um incentivo ao paciente adiantar o máximo de utilizações antes da recomposição da franquia no próximo período ou evento.

Desta forma, a Anahp acredita que a franquia não deve ser utilizada como fator moderador. Ela desequilibra fundamentalmente a estrutura de incentivos necessária a uma boa saúde do paciente – estimula-o a postergar procedimentos necessários e a adiantar procedimentos necessários, gerando prejuízos tanto para pacientes quanto para o sistema de saúde.

A necessidade de um teto ao valor da coparticipação

Planos de saúde – mesmo aqueles que não são geridos por seguradoras – funcionam, em última instância, como seguros. O beneficiário paga mensalmente um prêmio, na esperança compartilhada entre segurador e beneficiário de que o sinistro não venha a ocorrer. Caso ocorra, porém, o beneficiário tem o seu patrimônio preservado.

A saúde tem algumas particularidades neste aspecto que diferem, por exemplo, do seguro de carro. Enquanto ninguém se envolve em um acidente de trânsito por opção, muitos beneficiários de planos de saúde buscam serviços de saúde voluntariamente e com regularidade. Ao mesmo tempo, como fator de diferença, existe a impossibilidade de dar preço à vida humana. Para um carro, os custos incorridos pela seguradora são limitados ao valor do veículo. Quando o custo de um eventual conserto é mais caro do que o valor do veículo, o pagamento do valor integral do veículo resolve o contrato. Em saúde, este limite não existe.

Há eventos em saúde, nos casos em que a coparticipação incidir sobre o valor pago ao prestador de serviços, que podem representar riscos financeiros catastróficos para os beneficiários, mesmo que estes sejam apenas coparticipantes na despesa. Isto, somado à forte assimetria de informações sobre os custos da saúde entre operadoras e seus clientes, pode tornar a coparticipação, especialmente relativa aos prestadores hospitalares, que são o elemento mais caro e complexo do sistema, um importante elemento de risco e conflito entre beneficiários e operadoras.

É necessário, portanto, estabelecer um teto por evento, período de tempo, ou internação ao valor da coparticipação do beneficiário. Este teto não precisa, necessariamente, ser um valor fixo, mas pode ser, por exemplo, um múltiplo do prêmio mensal a ser pago. Os eventos catastróficos, que excedessem o teto, seriam, desta maneira, cobertos pela operadora.

A importância de valorizar-se a qualidade

A minuta de Resolução Normativa, embora mencione a possibilidade de utilizar-se a coparticipação como forma de privilegiar prestadores qualificados, não estabelece um mecanismo específico para tanto. Seria importante, porém, estabelecer regras que privilegiassem um eventual direcionamento para prestadores qualificados.

O atendimento hospitalar não é uma atividade trivial. A complexidade inerente ao processo, bem como os potenciais riscos e benefícios para os pacientes, fazem do hospital um elemento de fundamental importância social. A qualidade de um atendimento hospitalar pode gerar consequências que vão muito além do evento de saúde tratado naquele momento. Os custos de longo prazo de um atendimento mal prestado nem sempre são aparentes à primeira vista.

Aferir a qualidade de um hospital, porém, é uma tarefa extremamente difícil, mesmo para especialistas. Para além do reconhecimento da marca, o público em geral tem poucas ferramentas para escolher um hospital de qualidade.

A coparticipação pode, porém, agravar esta questão. O beneficiário, sem ser capaz de distinguir qualitativamente os hospitais, pode começar a optar por aquele que oferece preço mais baixo. Isto traria consequências graves para beneficiários, que poderiam sofrer as consequências de um atendimento desqualificado; para as operadoras, que veriam os custos subirem no longo prazo por conta das complicações decorrentes de atendimentos passados e para os prestadores que oferecem serviços de alta qualidade e alto custo, que perderiam parte de seus pacientes.

Uma alternativa possível é coordenar os novos mecanismos de regulação às iniciativas já em curso nesta agência. O QUALISS, por exemplo, ao valorizar a acreditação, pode servir – ao menos para os prestadores hospitalares – como orientador para a regulação do tema. Instituições qualificadas ou acreditadas podem receber, por exemplo, um índice que seja um deflator do teto sobre a coparticipação, oferecendo, efetivamente, custos menores para os pacientes.

É possível, ainda, estabelecer que, quando a operadora utilizar a coparticipação como forma de direcionamento dos beneficiários, as instituições qualificadas estejam, necessariamente na faixa oferecida pelo plano que tenha o menor valor.

Independentemente da forma, porém, é importante que o mecanismo não seja um desestímulo à busca da qualidade e que não prosperem as visões de curto prazo. Os efeitos sobre a saúde dos pacientes serão de longo prazo, e a visão regulatória também deve sê-lo.

A relação entre prestadores, operadoras e pacientes

No sistema atual, a maioria dos prestadores de serviços hospitalares têm nas operadoras a sua principal fonte pagadora. As estruturas administrativas internas de codificação, contas e cobranças são voltadas aos atendimentos dos requisitos das mesmas.

Desta forma, a maior parte dos hospitais atualmente não têm estrutura para efetuar cobranças individuais em larga escala. Não estão, da mesma maneira, dispostos a assumir os riscos de inadimplência decorrentes das peculiaridades das relações entre operadoras e os seus clientes.

Mecanismos como coparticipação pertencem à esfera de relação entre operadoras e beneficiários. Em nenhum dos casos, deve ser delegado ao prestador a responsabilidade por cobrar ou receber os valores relativos à assistência de beneficiários de planos de saúde.

Sendo o que nos competia para o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente.



Carlos Figueiredo
Diretor Executivo