

CATEC – 4ª REUNIÃO – 21/03/2018

Abertura: Daniel Pereira – Rodrigo Aguiar – Gustavo Macieira

Apresentação:

- Compilação dos temas discutidos nas reuniões da CATEC anteriores e oferecimento de sugestões regulatórias para cada assunto abordado – Gustavo Macieira (Gerente da GASNT)

Discussões:

1. Remuneração de materiais e medicamentos de uso hospitalar

- **Unimed do Brasil (Paulo Webster):** Solicita que as apresentações e contribuições enviadas para a CATEC sejam disponibilizadas previamente; propõe que as tabelas SIMPRO e BRASÍNDICE não possam mais ser utilizadas como referência de valor dos materiais e medicamentos hospitalares, que historicamente essas tabelas foram responsáveis pela escalada dos custos, uma vez que se valem de lógica exclusivamente privada e econômica do “Quanto mais caro melhor”. Sugere a adoção de formas de remuneração que prezem a qualidade do serviço e, ainda, a repactuação dos contratos baseados no custo. Entende que as reuniões da CATEC poderiam ser periódicas, funcionando como um ambiente de debates permanente. Insiste que a CMED deveria reconhecer possível aplicação do custo médio de mercado, sendo possível, inclusive, fazer reajuste negativo e, ainda, que a CMED deveria estipular percentual sobre custo médio de mercado e determinar preço teto de mercado. Destaca a necessidade de se separar o valor do material/medicamento do valor do serviço. Indica como opções viáveis aquelas dispostas nas letras B, C e D da apresentação inaugural. Acresce que a única decisão judicial de mérito acerca do tema (comercialização de medicamentos por hospitais/utilização de tabelas e valores acima dos preços de custo) ocorreu no RS, tendo concluído de forma contrária à comercialização a ser realizada pelos hospitais. Discorda da opção A e defende a possibilidade de entidades de prestadores, no âmbito estadual, operadoras e CMED entrarem em acordo – questão da regionalização.

- **CFM:** defende que é necessário reconstruir o sistema de saúde suplementar do Brasil, tendo a transparência como guia. Dentre as opções colocadas na apresentação inicial, sugere a adoção da letra C, a saber: usar instrumentos de precificação criado por órgão oficial. Aponta que plataforma de compra na internet poderia servir como balizamento razoável. Destaca que preços reais mais taxa difere de obtenção de lucro. Alerta que preço de mercado varia de acordo com a região do país; que há nuances variadas na indústria farmacêutica, de próteses etc; que preços de medicamentos são modificados por muitos fatores e não apenas pela quebra de patente. No entanto, entende ser necessária a análise casada para não haver desproporções, pois os hospitais precisam receber as diárias devidas. Rodrigo Aguiar questiona se o representante do CFM seria contra a utilização de tabelas de referência negociada entre as partes, que esclarece não seria contra, mas que os problemas de relacionamento existentes hoje tornam o caminho mais longo para a utilização desta solução.

- **ANAHP:** posiciona-se como favorável à utilização de tabelas próprias de referência, negociadas individualmente, contratualmente. Considera que algumas das opções regulatórias elencadas na apresentação inaugural ferem a não interferência nas relações comerciais. Afirma que as operadoras não têm interesse, necessariamente, na migração do modelo, mas, apenas na diminuição de margem. Imprescindível mais tempo para a construção de novo modelo. Destaca que a mudança de modelo sem a migração de valores conduziria à verticalização dos hospitais. Sobre a redação da opção D, onde se lê: “tabelas privadas” sugere “tabelas vendidas no mercado”. Defende livre negociação e discussão sobre migração de margem sem perda. Ressalta, ainda, ser interessante a premiação de boas práticas, melhorias assistenciais. Insiste que hospitais não podem ter perdas. Rodrigo Aguiar salienta que na véspera a DIDES/ANS realizou evento para o lançamento de guia sobre mudança de modelos de remuneração e que a Agência trabalha em diversas frentes que se complementam em busca da sustentabilidade e pacificação do mercado. Que as alterações de modelo devem ocorrer sem prejuízo dos prestadores.

- **CMB (Rogério Medeiros):** sustenta ser impraticável a adoção de tabelas próprias por cada uma das 4.327 entidades hospitalares, resultantes da negociação com, ao menos, 800 operadoras diferentes. Rejeita a possibilidade da adoção de tabela CMED + índice e, igualmente, a utilização de tabela referencial de aplicação única para todos os prestadores hospitalares. Além disso, mostra-se contrário à possível determinação governamental quanto à adoção de tabela determinada. Ressalta que a cobrança dos medicamentos passou a ser usada pelos prestadores para recuperar os prejuízos advindos do sub financiamento e que somente no RS os hospitais vêm sofrendo pressões para adoção da tabela CMED. Rodrigo Aguiar questiona se a CMB seria a favor ou não da utilização de tabelas, respondendo o representante da entidade que sim, desde que seja dado prazo suficiente tendo em vista o número de prestadores e operadoras existentes. Rodrigo sinaliza que a ANS está atenta ao prazo necessário para transição.

- **FBH:** Lembra que o chamado “Grupo de São Paulo” discutiu exaustivamente o assunto, mas que chegou a um impasse quando abordou o tema da transposição de margens. Afirma que a transposição de margens foi assunto bastante discutido no passado e concorda em romper com a utilização de publicações mais comerciais. Contudo, ressalta a importância da padronização. Entende que a FBH, em cada estado, poderia estabelecer junto com as operadoras os preços referenciais de medicamento, de acordo com as condições daquele local e demais particularidades. Enfatiza que modificação profunda não pode ser feita abruptamente. Dentre as quatro opções colocadas na apresentação inicial, não escolhe nenhuma delas, apesar de ponderar que a C é a que se aproxima mais do que a FBH pretende.

- **CMB (Teresa Gutierrez):** entende preocupantes as opções C e D. Sustenta ser possível a aplicação de uma margem sobre preço de medicamentos, sob a justificativa de garantir que os prestadores de serviços sejam ressarcidos pelas altas despesas com a perda de medicamentos. Cita o exemplo de medicamentos oncológicos, que se não tiver um paciente subsequentemente ao preparo da medicação, este terá de ser jogado fora porque perde a validade. Destaca ser importante, no mínimo, a revisão das tabelas de diárias e taxas, sendo possível a aplicação de margem, conforme entendimento da CMED. Que a norma deverá prever a necessidade de revisão dos valores de diárias e taxas, ademais, que os prestadores tem ganhado na justiça o direito de cobrar margem em cima dos medicamentos utilizados, que já seriam 9 liminares. Rodrigo Aguiar esclarece que os itens C e D não pretendem ir contra previsão existente da CMED, ou seja, não haveria qualquer proibição para cobrança dos serviços.).

- **Unimed do Brasil (Daniel):** ressalta que as liminares não legitimam que os hospitais podem continuar vendendo medicamentos, que a única decisão de mérito existente derrubou a liminar. Existe uma lei de 1971 que prevê que venda de medicamentos é privativo de farmácias e drogarias. Destaca que as opções C e D da apresentação inaugural são complementares. Alerta que o panorama atual fere o direito do consumidor e questões tributárias, pois se há circulação de mercadoria deveria ser recolhido o ICMS e não apenas o ISS. Observa que parece existir um acordo sobre a ilegalidade das tabelas privadas e a necessidade de migração das margens para as rubricas próprias.

- **ABRAMGE:** afirma que as partes poderiam chegar a um acordo, independentemente do órgão regulador, que em geral impõe forte custo/impacto maior para todos. Tem dúvida se a escolha de qualquer uma das opções elencadas na apresentação inicial pode gerar um ponto melhor do que onde se está hoje ou a um ponto pior.

- **MPF:** Destaca o papel indutivo do Ministério Público para a consecução/execução de Políticas Públicas; que o MPF editou orientação à ANS em 2018 para que normatizasse a vedação da utilização destas tabelas privadas (SIMPRO e BRASÍNDICE) que são comprovadamente inadequadas sob o aspecto econômico, contudo após ingressar na CATEC entendeu que o assunto já está sendo abordado de forma adequada pela ANS. Sobre as liminares esclarece que as mesmas reconhecem a possibilidade de os hospitais cobrarem valores adicionais para compensar seus custos, mas reforça que não há análise de mérito quanto a possibilidade de estabelecimento de margem. Ressalta a necessidade da distinção de rubricas, da precificação correta, trazendo o serviço para a rubrica do serviço, até porque há questões tributárias que precisam ser contempladas. Indaga como ter, esquecendo as tabelas privadas, um marco regulatório firme, concreto, para garantir num período de tempo absolutamente razoável para todos a construção de uma migração de margem para taxas e diárias de forma a proteger os prestadores. Deixar como está provoca assimetrias informacionais evidentes. Necessária a observação da Função Social do Contrato, bem como da Livre Concorrência, que quanto mais informações disponíveis, mais fácil será a entrada de novos players no mercado.

2. Remuneração por pacotes de consulta em oftalmologia

- **CBO:** A oftalmologia não é contra pacotes, mas refuta a ideia de empacotamento de consultas e exames. Destaca que entende ser possível o empacotamento de outros procedimentos, tendo sido a especialidade a primeira a estabelecer pacotes em meados dos anos 90. Que os procedimentos de oftalmo possuem protocolos e que existe uma Câmara Técnica muito atuante no CFM. Afirma ainda que os médicos desonestos serão os mais beneficiados pelos pacotes, uma vez que receberá valores independente da realização dos procedimentos, o que poderá levar a inobservância de protocolos em nome de um “lucro”. Afirma ser dever do CBO levar ao CFM os prestadores de serviço cujo atuar não é pautado pela ética. Sustenta que o paciente será prejudicado se o empacotamento for geral. Afirmou concordar com o que fora dito por representante da Fenasaúde, ressaltando, no entanto, que o que foi falado não ocorre na prática. Exemplificou a existência de pacotes de consulta que funcionam bem, os quais incluem consulta + tonometria, que a operadora AMIL trabalha há mais de 20 anos com essa sistemática e, se outro procedimento se mostra necessário o mesmo é faturado por fora do pacote.

- **CFO:** Não acha viável que uma operadora decida o que é um pacote. Os pacotes na odontologia tiveram início com o Projeto SORRIR da ANS, ligados a boas práticas e resultados, mas, atualmente, os pacotes são aleatórios. Diante disso, defende que eles tenham uma definição, como por exemplo, pacote de prevenção, pacote de periodontia, pacote de ortodontia. E que estejam dentro da proposta de Atenção Primária em Saúde. Dentre as opções colocadas na apresentação inicial, crê que a mais pertinente é a B, conjugada com a C. Rodrigo Aguiar reitera a interseção do tema com o evento de lançamento do manual sobre modelos de remuneração ocorrido na véspera. O CFO destaca que a odontologia deveria funcionar com captação na atenção primária e pacotes para o restante, que a consulta inicial da odontologia é diferente das demais, que a maioria das situações tratadas são crônicas, diagnosticadas na primeira consulta e acompanhada nas demais.

- **ABCD:** defende que a consulta não pode ser empacotada e que a CATEC seja um fórum permanente, bem como a reativação do Projeto SORRIR, com uma participação mais efetiva dos prestadores.

- **Unimed Brasil:** pondera que, em relação à alternativa C colocada na apresentação inicial, pode haver divergência técnica na forma de remunerar. Defende uma maior discussão técnica em casos em que ocorram divergência de entendimento, já que quando se fala de pacote, é algo mais genérico. Deveria se pensar em uma espécie de “junta médica”, conforme prevista na RN 424/17. Destaca que a maior controvérsia existente está em torno dos exames autogerados, muito presentes na oftalmologia e que, em algumas situações geram abusos. Rodrigo Aguiar questiona qual deveria ser o tratamento para os exames autogerados, se seria o caso de o beneficiário fazer uma consulta e depois retornar ao prestador ou a outro prestador para realizar um exame que já estava disponível. Ressalta, também, que é razoável que aquilo que é feito sempre pode estar dentro de um pacote.

- **CFM:** opta, preferencialmente, pela letra C, ressaltando que pode evoluir para a D. Ressalta que os pacotes precisam ser separados em três partes: serviço hospitalar, material/ medicamento e honorários (que sejam sempre pagos diretamente ao médico e não ao hospital, porque as operadoras têm forçado a “pejotização” dos profissionais de saúde). Se o pacote for feito com seriedade, será sempre bem-vindo. É radicalmente contra ao uso de protocolos e defende a utilização de diretrizes, pois garante ao profissional a possibilidade de atuação conforme a necessidade. Protocolos engessariam a atuação do prestador. Por fim, que o fee for service deve permanecer mesmo com o empacotamento. Que os principais ganhos com a prática é a redução dos custos da burocracia. Na prática o pacote utilizado na saúde suplementar visa uma transferência integral do risco ao prestador, que o correto seria um pacote formatado para que, na média, atendesse a ambos, por vezes sendo mais oneroso para operadoras, por vezes mais oneroso para os prestadores.

- **FENASAÚDE:** afirma, do ponto de vista ambulatorial, que a utilização de modelo de pacote deve ser permitida e que a consulta deve fazer parte do pacote, porque ela seria o ato gerador e os procedimentos e eventos seriam derivados dela. Reforça que o pacote é um acordo comercial que deve obedecer a melhor prática médica disponível. Por fim, alerta que é preciso ter cuidado para não proibir um modelo que é importante para o mercado. O que deve ser feito é encontrar meios de denunciar, de punir, que não age de maneira adequada. A entidade afirma, ainda, ter limitações em relação a representação das operadoras, que não pode negociar por estas.

- **ABO:** sustenta que as operadoras impõem pacotes que reduzem a remuneração do prestador, que os pacotes seriam usados primordialmente para este fim, apesar da vedação expressa da norma acerca da redução de valores. Afirma que a parametrização de procedimentos prejudica o prestador que por vezes deixam de ser remunerados por não seguirem protocolos unilateralmente definidos e que sequer tomam ciência. Entende que o pacote interfere no prognóstico. Rodrigo Aguiar esclarece que a ANS não tem atribuição para regular condutas profissionais, bem como aspectos éticos da conduta de prestadores e operadoras.

- **SINOG:** afirma que vem recebendo muitas denúncias a respeito de exames padronizados em relação à Odontologia e que estariam juntando a documentação para enviar a denúncia ao CFO. Que esses exames solicitados sem qualquer base técnica terminam sendo negados pelas operadoras. Defende que o Projeto SORRIR contou com ampla participação dos prestadores. O CFO esclarece que atua como 2ª instância, devendo as denúncias serem encaminhadas para os CROs.

- **MPF:** verifica que a exclusão da consulta do empacotamento é um pedido dos prestadores. Que há boas razões expostas para excluir as consultas dos pacotes, o contrário, no entanto, não teria ficado claro.

- **Ana Paula Cavalcante,** Gerente da GEEIQ, vislumbra que a discussão está girando em torno da orçamentação dos procedimentos, que os pacotes seriam perfeitamente possíveis, mas seria necessária a aplicação do *case mix*, ou seja, levar em conta o que cada prestador faz, bem como a complexidade dos atendimentos realizados. Acredita que tal ajuste seja difícil para consultórios, embora possível. Que seria benéfico se houvesse uma bonificação por desempenho nesses. Reforça que a ANS preconiza que haja uma efetiva negociação entre as partes, bem como que haja parâmetros e modulações específicas. Discorre que os pacotes devem ser equilibrados para cima e para baixo, sob risco de subutilização, que a operadora é coordenadora do cuidado de seu beneficiário e deve acompanhar o que é realizado pela rede.

- **ABRAMGE:** reconhece a complexidade da Oftalmologia. Entende ser importante observar o histórico do relacionamento com o prestador para a definição de pacotes, bem como levar em consideração a especialidade e a região. Acresce ser importante ponderar a utilização de cada procedimento, não devendo ser aplicada mera soma de valores para a formatação do pacote.

- **AMB:** a indicação de procedimentos altera-se ao ritmo da evolução da medicina. Necessária a distinção entre a indicação dirigida e a indicação propedêutica. Não se deve condenar a prática de exames autogerados, sobretudo nas especialidades médicas: otorrinolaringologia e oftalmologia, a fim de ser possível seguir a seguinte diretriz de utilização - melhor assistência no período de melhor evidência, que a indicação de procedimentos com fins propedêuticos é uma questão a ser tratada no âmbito dos Conselhos de Ética. Rodrigo Aguiar questiona se os pacotes com base em protocolos seriam capazes de resolver o problema. A representante da AMB responde que o uso de pacotes deve ter por base as melhores práticas, as evidências.

- **SBPC/ML:** Alerta para a tentativa de se empacotar exames complementares e o risco que a prática representa para a assistência, sobretudo quando da utilização de serviços terceirizados.

3. Dificuldades na negociação contratual

- **FENAFISIO:** afirma haver um desequilíbrio acentuado dentro da relação entre operadoras e fisioterapeutas. Que não há que se falar em autonomia da vontade regendo os contratos se o que ocorre na prática é a utilização de contratos de adesão pelas operadoras. Entende que a previsão legal atual não contribui para esse relacionamento, quando exige que a indicação para a realização de fisioterapia seja feita por médico e não por fisioterapeuta. O problema da categoria não é só remuneração, mas autonomia profissional. Informa que mais de 90% das demandas de fisioterapeutas são em face da operadora Unimed, por isso sugere um canal de relacionamento entre a FENAFISIO e a Unimed. Afirma ser entidade de certificação dos serviços de fisioterapia, de modo que poderia recomendar profissionais. Propõe a realização de um TAC, com base na experiência da CATEC. Destaca não acreditar em canal que a ANS não esteja envolvida. Sugere a criação de canal com as entidades associativas reconhecidas. Mostra-se favorável à negociação coletiva.

- **FENASAÚDE:** inclina-se para a adoção da letra B, mas não pode afirmar a preferência, por ser necessário verificar os custos operacionais antes de qualquer tomada de posição. Rodrigo Aguiar reforça que as opções trazidas não refletem posições tomadas, mas encaminhamentos que ainda necessitarão serem mais estudados.

- **CFM:** Afirma que a Lei 13.003/14 não teve efetividade, que os contratos permanecem sendo contratos de adesão e muitos prestadores, sequer possuem contrato. Propõe a abertura da possibilidade de negociação coletiva, assim como já é feito em Goiás. Entende que entidades nacionais poderiam contribuir na negociação de determinadas cláusulas, obrigatórias em todos os contratos.

- **ABCD:** considera o cirurgião-dentista como hipossuficiente absoluto e afirma que se não for possível negociação coletiva não haverá mudança no atual panorama assimétrico.

- **SINOG:** entende que Ouvidorias no interior das operadoras para tratarem do relacionamento com os prestadores de serviços gerariam um custo muito elevado. Questiona se a proposta de encaminhamento apresentada levou em conta a possibilidade de aproveitamento da estrutura trazida pela RN 323/13, (que *“Dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde”*.)

- **UNIMED DO BRASIL:** afirma já existir canal específico de atendimento de prestadores no interior da operadora – “área de relacionamento”. Entende não ser bom misturar Ouvidoria de beneficiários (2ª instância) com Ouvidoria de prestadores. Não vê legalidade numa possível norma regulatória que preveja negociação coletiva.

- **UNIDAS:** manifestou-se pela ponderação na criação de ouvidoria para prestador, devendo a ANS considerar o alto custo de tal implemento, mormente porque as autogestões são entidades que não visam lucro.

- **CFO** – Cita a existência de programa denominado Parceiros da Cidadania no âmbito do PROCON e questiona se seria possível utilizar a mediação do PROCON no relacionamento entre operadoras e prestadores. Rodrigo Aguiar ressalva que o PROCON é órgão de defesa do consumidor, não sendo essa a natureza da relação entre prestadores e operadoras.

- **SINAMGE:** afasta a possibilidade de negociação coletiva. E sustenta já existir canal específico para prestadores de serviço. Acresce que a Ouvidoria por lei é exclusiva para o consumidor.

- **SENACON** – Acredita ser não papel do PROCON lidar com o relacionamento das partes mesmo quando presente a hipossuficiência de uma delas. Menciona a existência de canal no âmbito da SENACON que poderia ser usado como parâmetro para uma mediação.

- **SBPC/ML**: favorável à ideia de canal com a participação da ANS. Sustenta que ainda há contratos desatualizados, sem observância às alterações normativas de 2014.

4. Assuntos fora de pauta:

- **SINOG**: solicita alteração nas regras de descredenciamento de prestadores, de modo que na rede indireta fosse possível não substituir. Pede, ainda, previsão de regramento diferenciado para quando o prestador encerra as suas atividades ou simplesmente deixa de atender.