

Ofício 058/2012/DISAU

Rio de Janeiro, 20 de setembro de 2012.

Ao Senhor

MAURICIO CESCHIN

Diretor da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos da ANS
Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

C/C

CARLA FIGUEIREDO SOARES

Diretora-Adjunta – DIPRO/ANS

Assunto: Câmara Técnica sobre Mecanismos de Regulação

Senhor Diretor-Presidente,

Referimo-nos à Câmara Técnica em referência, e no âmbito deste fórum de debates, a Fenasáude vem apresentar suas contribuições objetivando a elaboração do normativo que disporá sobre os mecanismos de regulação.

Um primeiro ponto a ser ressaltado é a necessidade premente da ampliação do número de reuniões desta Câmara Técnica. Em 4 (quatro) reuniões no total, faltando apenas mais uma a se realizar, a câmara dificilmente esgotará assunto tão complexo e importante, dada a insuficiência de tempo para as contribuições sejam analisadas detalhadamente. Corre-se o risco de que, na busca de cumprimento de prazos da Agenda Regulatória, não sejam analisadas questões importantes para que os mecanismos de regulação contribuam para a racionalização dos atendimentos de saúde. É importante que a câmara busque harmonizar os entendimentos surgidos nas reuniões com os dispostos na Lei 9.656/98 e as regulações infra legais, especialmente a RN 259/2011.

Esta Federação entende que a utilização de mecanismos de regulação deveria ser incentivada, desde que não iniba o acesso dos beneficiários aos recursos assistenciais do sistema privado. O termo “regulação” traz consigo uma conotação de restrição, de negativa, que não deveria ser o tom a ser seguido na câmara técnica. A regulação econômica, por exemplo, é a imposição de restrições à liberdade de funcionamento do mercado privado quando estão presentes falhas em seu funcionamento que reduzem o bem-estar social.

Da mesma forma, os mecanismos de regulação econômico-financeiros e assistenciais constituem instrumentos importantes para a melhoria dos incentivos que atuam tanto sobre a demanda

(beneficiários) quanto sobre a oferta (prestadores de serviços). Quando utilizados de forma responsável podem contribuir decisivamente para a maior eficiência do sistema privado, reduzindo desperdícios e organizando a oferta.

Com o objetivo de propor definições que sirvam ao propósito acima, melhorar a eficiência do setor de saúde suplementar, são apresentadas em seguida algumas propostas de definições bem como são feitas sugestões para as propostas apresentadas pela ANS na 2ª e na 3ª reunião da câmara.

1) Mecanismos de Regulação Econômico-Financeiros

Os mecanismos financeiros de coparticipação e franquia trazem diversos benefícios aos consumidores, seja em função do estímulo ao uso consciente, seja em função do efeito direto na redução da contraprestação pecuniária. Em função de sua participação financeira, ligada diretamente à utilização, o beneficiário passa a ser um fiscalizador interessado nas práticas dos prestadores, não aceitando e até mesmo denunciando os que cobram procedimentos não realizados.

1.1 Coparticipação

É a parte efetivamente paga pelo beneficiário à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde ou ao prestador de serviços, após a realização de procedimento. A ANS propõe o estabelecimento de limites para o valor do fator moderador, sendo até 30% em procedimentos ambulatoriais e até 20% para os PAC, tendo como referência o valor do procedimento pago pela operadora ao prestador. A FenaSaúde é contrária à limitação de coparticipação.

A experiência das operadoras associadas mostra uma baixa sensibilidade do beneficiário ao percentual de coparticipação diferentemente, possivelmente, dos estudos elaborados no cenário americano. Isto significa dizer que baixos percentuais de coparticipação dificilmente moderam o apetite por consumo, ou seja, tem baixa eficiência como mecanismo de incentivo econômico. A proposta da ANS em se limitar os valores da coparticipação não deveria prosperar até que sejam feitos estudos quantitativos demonstrando que os percentuais propostos (20 e 30%) são aqueles que delimitam o corte entre o acesso e a barreira ao uso.

Adicionalmente, esta Federação propõe que o mecanismo de coparticipação possa, inclusive, ser estendido para o pagamento de órteses, próteses e materiais especiais. O empoderamento do consumidor pode trazer o mercado de OPME para um nível de racionalidade compatível com a renda da população sem falar no questionamento ético que se teriam com esse instrumento.

1.2 Franquia

É a modalidade de mecanismo de regulação financeira na qual o beneficiário custeia a assistência contratada até o valor estabelecido em contrato. Nesta modalidade, há exclusão da responsabilidade da operadora até o limite deste valor. A partir deste montante, a responsabilidade pelo pagamento passa a ser da operadora.

A franquia visa a proteção do consumidor diante da eventualidade de ocorrência do grande risco como internações. Dependendo do valor da franquia, pode levar à redução da mensalidade. A franquia é paga diretamente à rede e poderá ser exercida de forma complementar a produto que contenha componente de previdência nos termos da regulamentação vigente. Outro benefício da possibilidade de franquia é tornar o consumidor mais responsável na escolha de procedimentos e prestadores de seu interesse.

2) Mecanismos de Regulação Assistencial

2.1) Direcionamento

É uma forma de organização do acesso aos serviços contratados, em que a operadora encaminha o beneficiário para um determinado profissional ou estabelecimento de saúde para atendimento em situações predeterminadas, quando detectada a necessidade de um tratamento ou acompanhamento específico. Tais situações devem estar claramente previstas em contrato.

2.2) Hierarquização

É uma forma de organização do acesso aos serviços contratados em etapas de complexidade crescentes, a serem necessariamente observadas pelo beneficiário no momento da utilização, conforme grau de complexidade do atendimento e mobilização entre os prestadores, mediante referência e contra referência.

Exemplo: A operadora encaminha o beneficiário para profissional ou estabelecimento de saúde de níveis de complexidade crescentes, objetivando ordenar o atendimento por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços de vários níveis de complexidade, de modo a otimizar o acesso aos mais especializados.

2.3) Perícia Médica ou Odontológica

É todo e qualquer ato propedêutico ou exame realizado por médico ou cirurgião-dentista, com a finalidade precípua de emissão de parecer técnico conclusivo para subsidiar decisões administrativas das operadoras no ato da contratação ou no decorrer da vigência do plano de saúde.

2.4) Segunda Opinião

É a opinião de outro profissional com a finalidade precípua de emissão de parecer técnico para subsidiar decisões. Se houver divergência entre a primeira e a segunda opinião pode-se recorrer à junta médica ou odontológica. A segunda opinião pode ser solicitada pelo médico ou cirurgião-dentista, pelo paciente ou pela fonte pagadora.

2.5) Junta Médica ou Odontológica

É composta pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e mais um terceiro indicado consensualmente por ambos, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

3) Considerações sobre as Propostas da ANS

Na apresentação da ANS em 9 de agosto/2012, disponível no site¹, no item que cuida da Autorização Prévia – slides 6 e 7 - a possibilidade de negativa de autorização parece estar restrita ao Rol e a algumas situações particulares. Entretanto, é importante registrar que a negativa pode ser motivada por diversas razões não mencionadas na apresentação, dentre elas:

- (i) as hipóteses de exclusão de cobertura previstas no Rol de Procedimentos e suas atualizações posteriores, pois casos há em que a negativa de cobertura se refere não necessariamente ao procedimento, mas à sua indicação;
- (ii) a vinculação da cobertura de procedimentos é estabelecida nos contratos, e estes podem oferecer aos beneficiários coberturas superiores às previstas no Rol de Procedimentos;
- (iii) a observância dos critérios administrativos de inelegibilidade para a realização de determinado procedimento, tais como quando o beneficiário está em cobertura parcial temporária, etc.;
- (iv) a cobertura dos planos de saúde visa à promoção da saúde, à prevenção de riscos e doenças, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação, excluindo-se, por exemplo, procedimentos considerados profiláticos.

No slide 8 da mesma apresentação, a ANS propõe vedar a exigência de autorização prévia para algumas situações, que passamos a tratar, tais como nos casos de urgência e emergência. Previamente à avaliação sobre a possibilidade de análise prévia para fins de autorização, é importante resgatar os conceitos de urgência e emergência estabelecidos na Lei 9.656/98:

“Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

¹ <http://www.ans.gov.br/index.php/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/1644-camara-tecnica-sobre-mecanismos-de-regulacao>

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.”

Atualmente, a simples declaração do médico assistente caracteriza a emergência. Entretanto, é necessário criar regras para circunscrever esta situação, visto que tem sido observados exageros na caracterização de situações como emergências. Assim, entendemos que a discussão sobre autorização prévia necessita ser antecedida da atualização do conceito de emergência.

No mesmo slide 8, a agência pretende vedar a exigência de serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial e radiologia simples. Visando incentivar o uso racional dos recursos, uma operadora poderia adotar a autorização prévia, com vistas a evitar a repetição desnecessária de exames laboratoriais.

Registre-se ainda que podem surgir procedimentos de diagnósticos que sejam enquadrados como “laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial” e que demandem a necessidade de autorização prévia. Como exemplo, os exames de genética, que podem ser entendidos como procedimentos enquadrados nesta categoria.

Adicionalmente, no caso destes procedimentos, a RN nº 259 estabelece os prazos máximos para a realização do procedimento, de forma que a operadora deve ser hábil o suficiente para fornecer a autorização dentro do prazo estabelecido pela legislação complementar.

Entretanto, caso a ANS opte por manter a determinação dos grupos procedimentos para os quais deverá haver vedação para a autorização prévia, recomenda-se que seja incluída marcação no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no mesmo formato atualmente adotado para os procedimentos considerados como PAC.

No slide 9, que aborda a divergência clínica, a agência propõe que “O auditor deverá encaminhar, por escrito, ao profissional assistente documento contendo as razões da discordância”. Considerando-se que a divergência, conforme conceituada pela própria ANS, surge entre o profissional requisitante e a operadora, deve-se atribuir à operadora a responsabilidade por encaminhar o documento contendo as razões da discordância, e não ao auditor. A sugestão visa contemplar a diversidade de modelos de gestão existentes nas operadoras.

Em algumas situações, a documentação fornecida pelo profissional requisitante não é suficiente para permitir a avaliação da operadora. Com exemplo, citamos que este tipo de situação é

bastante comum nos casos de procedimentos estéticos. Nestas situações, deve ser dada a prerrogativa à operadora de solicitar a presença do paciente para uma avaliação médica.

Ainda no slide 9, no item “*O procedimento ou serviço solicitado pelo médico assistente deverá ser autorizado pela operadora de forma a atender os prazos previstos pela RN nº 259, de 2011*”, deve ser complementado com a previsão de suspensão do prazo quando houver a necessidade de avaliação presencial do paciente, seja para a formulação da opinião da operadora, seja em caso de Junta Médica.

No slide 10, a ANS restringe ao enquadramento das DUT – Diretrizes de Utilização a isenção de arbitramento por terceiro profissional. Sugere-se estender a isenção aos outras situações, tais como tratamento experimental, dentre outras situações de exclusão de cobertura previstas na Lei nº 9.656/98 e na RN nº 211, a serem detalhadas na Câmara Técnica.

Por fim, no que se refere ao direcionamento e à hierarquização, nos preocupa a forma como a ANS pretende dar ciência aos beneficiários do contrato de seguro-saúde, pois, apesar de favoráveis à transparência de informações, há o risco de engessamento do modelo de organização da rede credenciada/referenciada. Assim, sugere-se aprofundar a discussão sobre formas de conceder transparência sem que “... conste, expressamente, no contrato entre a operadora e os beneficiários, os casos de direcionamento”.

Fator Moderador: moeda corrente ou percentual? (slides 16 a 18). Devem ser possibilitadas as duas formas de cobrança, devendo restar claro para o beneficiário, seja em contrato, no manual do beneficiário ou em outro material entregue ao contratante.

“O limite deverá observar o valor do procedimento mais barato daquele grupo” – A vinculação ao procedimento mais barato não traz o efeito financeiro esperado pelos beneficiários quando optam por plano com fator moderador. Não há definição de grupo de procedimentos. Operacionalmente não é viável o estabelecimento de limite financeiro por grupo. A resolução deverá prever o desconto do valor referente ao fator moderador quando evento pago por reembolso.

Limites para o valor do fator moderador: Internações (slide 22). A introdução de fator moderador em internação traz apenas o compartilhamento financeiro do evento, uma vez que em sua maioria não se verifica redução na frequência por não ser agravada por comportamentos oportunistas. A limitação atrelada a 40% da contraprestação da última faixa não confere incentivo financeiro. Por exemplo, um plano em que a última faixa custe R\$ 623 o valor de referência máximo será R\$ 249,23. Considerando a frequência de internação de 2,5% e o peso de internação de 50%, o impacto financeiro na mensalidade será de R\$ 3,11, pouco atrativo. Também se sugere que seja possibilitada a cobrança de fator moderador em casos de urgências e emergência. Pois sua caracterização não está normatizada ficando a cargo do médico. Será outro fator que minimizará o impacto financeiro. Ressalte-se que o beneficiário quando opta por um plano com fator moderador o faz em função da redução na mensalidade.

Limites para o valor do fator moderador: Internações psiquiátricas (slide 24 e 25). A sugestão neste caso é possibilitar a cobrança de fator moderador para psiquiatria ainda que para as demais coberturas não esteja prevista. No caso do Fator Moderador (slide 26), existem dificuldades técnicas em se identificar se determinada doença se cronificou. A ANS poderia listar os procedimentos relacionados à gestão dos programas.

Fator Moderador: Reajuste (slide 27). Nos planos individuais o fator não poder sofrer reajuste em percentual superior à mensalidade poderá alterar o percentual determinado em contrato. Existem dificuldades na disponibilização da tabela de custo por procedimento do fator moderador em função de sua extensão. Há, no limite, uma tabela para cada prestador com valores diferenciados por plano. Uma sugestão é que sejam disponibilizados na internet exemplos de como será calculado o valor.

Mecanismos Financeiros de Regulação (slides 28 e 29). Sugestões: a) possibilitar direcionamento por meio de isenção da cobrança do fator moderador em determinados prestadores; b) possibilitar percentuais diferenciados por prestador; c) possibilitar o escalonamento, como por exemplo, até o x^o o procedimento não será cobrado, do $x+1^o$ ao $x+n^o$ será cobrado $y\%$ e nos demais $z\%$; d) possibilitar a isenção de fator moderador caso seja utilizada a rede e cobrança em caso de livre escolha.

Mecanismos de Regulação: Divulgação (slide 31). A divulgação dos mecanismos de regulação utilizados, e todas as condições para sua utilização pelas operadoras, devem ser feita de forma clara e previamente ao consumidor, no instrumento de contrato, no livro ou indicador de serviços da rede ou no site da operadora na internet.

As regras de fator moderador em serviços e coberturas adicionais não observarão as regras estipuladas no normativo, devendo estar claras no material de divulgação.

Esta Federação agradece novamente a oportunidade de se manifestar em assunto de relevada importância.

Atenciosamente,

JOSÉ CECHIN
Diretor Executivo