



São Paulo, 07 de abril de 2017.
ABR.022/17

À
Dra. Martha Regina de Oliveira
Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

CC
Gerência Executiva de Estímulo a Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Av. Augusto Severo, nº 84 – Glória
20.021-040 – Rio de Janeiro – RJ

Referência: Programa de Qualificação de Operadoras ano-base 2017

Prezado Senhor,

A Associação Brasileira de Planos De Saúde – ABRAMGE, vem, respeitosamente, à presença de V. S. a., expor contribuição a respeito do tema Programa de Qualificação de Operadoras ano – base 2017, conforme solicitado em reunião realizada no dia 24 de março de 2017.

Antes de adentrar ao tema, cumpre mencionar que o Programa IDSS tem funcionado tanto como indutor de boas práticas quanto como requisito para escolha da operadora de plano de saúde por parte do contratante. Destaca-se ainda o seu uso nos processos para escolha do plano de saúde por meio de licitação pública e privada, demonstrando a necessidade de cautela ao realizar mudanças, uma vez que, a simples alteração de indicadores pode resultar em perda de competitividade indevida para operadora de planos de saúde

Sendo assim, esta entidade considera importante e necessário o aperfeiçoamento do IDSS, bem como sugere as alterações elencadas a seguir.



1) Discordância em relação a motivação para alteração

Foi motivo de discussão a premissa de que indicadores que não discriminam teriam pouco valor ao IDSS, conforme apresentado pela equipe da ANS na reunião realizada no dia 24 de março (figura).

Motivações para a reformulação

- Notas do IDSS extremamente concentrados na faixa superior
 - 95% dos benef. das OPS têm IDSS acima 0,6;
 - 50% dos benef. estão em OPS com IDSS acima 0,8.

- Apenas 5% dos benef. estão em OPS com IDSS abaixo de 0,4.
 - A metodologia atual apresenta um setor com desempenho homogêneo e em faixas superiores do IDSS;
 - Indicadores que não discriminam seu objeto têm pouco valor de uso para o Programa.



Nesse sentido, a Associação discorda da afirmação, na medida em que o fato do indicador apresentar pouca variação entre operadoras não significa que seja menos importante ou desnecessário e sim que o seu objetivo principal, de estimular ou direcionar a ação das operadoras, está sendo cumprido pela maioria das empresas.

Mesmo que em situação hipotética a maioria das operadoras apresentem resultado elevado para determinado indicador, a sua exclusão ou mudança não pode ser considerada iminente, uma vez que, deve-se continuar apurando os índices e estimulando para que os resultados continuem positivos ao longo do tempo.

Além do mais, o fato de fazer mudanças nos indicadores e na forma de apuração podem gerar certa instabilidade e atrapalhar possíveis



comparações no tempo, por exemplo, prejudicando a comparação do IDSS de hoje em relação ao do período anterior.

Outrossim, cumpre destacar que o IDSS é utilizado como fator de classificação em licitações pública e privada, às vezes restringindo a participação de operadoras que detém, por exemplo, índice abaixo de 0,8. Ou seja, mudar ou alterar a metodologia requer cautela para que não prejudique as condições concorrenciais no mercado.

Portanto, discorda-se sobre a justificativa para fazer algumas alterações ou exclusões de indicador, o que não necessariamente significa se opor às adaptações e melhorias necessárias.

2) Indicador de efetivo ressarcimento ao SUS

A Abramge se posicionou de forma contrária desde a criação deste indicador, sugerindo inclusive a adaptação de metodologia. A crítica em suma se refere ao fato do numerador não incluir os depósitos judiciais.

Destaca-se que discordar da legalidade da cobrança é um direito e que a operadora não pode ser penalizada por isso. Além do mais, o fato de ter sido feito o depósito judicial demonstra ainda o comprometimento da empresa.

Portanto, sugere-se que os depósitos judiciais referentes ao ressarcimento ao SUS sejam considerados no numerador, somando este valor ao que já foi pago diretamente ao erário.

3) Pesos de novos indicadores: razão de completude do envio dos dados do padrão TISSe sessões de hemodiálise

Em relação aos novos indicadores, em especial ao índice de completude do IDSS e sessões de hemodiálise, esta entidade **sugere que o peso seja elevado de forma progressiva**, ou seja, estimulando de forma gradual a mudança em processos por parte da operadora.



Nesse sentido, reforça-se que a inclusão de novos indicadores com peso elevado pode distorcer índices e levar a falsas conclusões sobre a qualidade de atendimento da operadora.

Assim sendo, sugere-se a adoção do peso 1 para os novos indicadores introduzidos no primeiro ano da apuração.

4) Indicador de proporção de glosas

A Abramge discorda da criação e introdução deste indicador. O indicador não mede qualidade do atendimento e das coberturas ofertadas e muito menos informa sobre a situação econômico – financeira da operadora.

O conceito de glosa abarca situações em que o pagamento não é realizado por conta de uma cobrança indevida, ilegal, ou sem justificativa, que não coincide com os acordos e regras firmadas entre as partes. De acordo com o Manual de Glosas do Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS, a glosa é a rejeição total ou parcial de recursos financeiros do SUS, utilizados pelo Estado, Distrito Federal e Municípios de forma irregular ou cobrados indevidamente por prestadores de serviços, causando danos aos cofres públicos.

Sendo assim, **a glosa é um instrumento legítimo para a proteção dos recursos financeiros dos beneficiários, ora administrados pelas Operadoras.** Suas características devem ser pactuadas entre as partes contratantes (operadora e prestador), devendo sim, fazerem parte integrante dos respectivos instrumentos contratuais.

Logo, não pode e nem deve haver interferência externa nesta seara, muito menos do órgão regulador, sob o risco de se criar ferramentas que estimulem fraudes e desperdício. Não custa lembrar, a título de exemplo, de matéria veiculada no jornal Folha de São Paulo do dia 26 de fevereiro¹, em que sistemas desenvolvidos por hospitais para premiar médicos

¹<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/02/1861919-hospitais-premiam-medicos-que-indicam-mais-exames.shtml>



que solicitam mais procedimentos foram apresentados, ou seja, são fraudes cometidas em detrimento dos recursos da saúde suplementar.

5) Índice geral de reclamações

Sugere-se a exclusão das NIPs classificadas como inativa e não procedente do numerador, uma vez que, ambas não medem reclamação ou insatisfação do beneficiário.

A partir do momento em que há um canal de atendimento na ANS é natural que o beneficiário entre em contato para dirimir dúvidas, mesmo que já tenha feito o mesmo questionamento na centrais de atendimento da operadora. Há casos, por exemplo, em que o beneficiário entra em contato com a operadora para procedimento não presente no rol e, após receber negativa, entra em contato com a ANS para certificar a informação.

Logo, esses atendimentos classificados como não procedentes ou inativados não devem ser considerados em um indicador de reclamações.

Agradecemos a compreensão quanto ao exposto e aguardamos retorno, renovando nossos protestos de estiva e elevada consideração.

Associação Brasileira de Planos de Saúde – ABRAMGE
Reinaldo Camargo Scheibe
Presidente