

Protocolo nº 33802. 004852 / 120 17-18

Data Registro: 11/01/17

Assinatura: _____

OFÍCIO 001/2017/PRESI

Rio de Janeiro, 9 de janeiro 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

KARLA SANTA CRUZ COELHO

Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO/ANS

cosaude@ans.gov.br

Assunto: **IDSS - Contribuições para os indicadores ano base 2017**

PROTOCOLO GERAL ANS

11-01-2017 10:28 103166 1/1

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 suas contribuições para o assunto em referência, conforme solicitado na reunião realizada em 14/12/16.
2. As propostas apresentadas no documento anexo foram elaboradas com base nas fichas técnicas anexadas à mensagem recebida em 16/12/16.

Atenciosamente,


SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES
Presidente

13 01 17

DIRAD/DIPRO
A GERAS e GEREP/DIPAC
Para providências cabíveis
Em: 11 01 2017
Carla T. Carolina de Souza, Scovela
Analista em Regulação

ANEXO - OFÍCIO 001/2016/PRESI

1.2. Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos

PROPOSTA DA ANS:

Conceituação

Número médio de internações hospitalares por Fratura de Fêmur para cada 1000 beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais, fora do período de carência, no período considerado.

Método de Cálculo

<i>Número de internações hospitalares por fratura de fêmur em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais fora do período de carência</i>	
<i>Número total de beneficiários fora do período de carência com 60 anos ou mais de idade</i>	<i>X 1000</i>

PROPOSTA FENASAÚDE: Exclusão do indicador

JUSTIFICATIVA: Este indicador não avalia a atenção primária na Saúde Suplementar relacionada ao Idoso. Atualmente, as operadoras possuem em seus programas de atenção ao Idoso e promoção à saúde, a rotina de consultas com Geriatra e ampla cobertura às patologias decorrentes do envelhecimento, além das doenças crônicas que podem influenciar na qualidade de vida deste Idoso. Com todas estas ações, a reflexão e adesão a um maior cuidado e mudanças de hábitos, são extremamente subjetivas, não permitindo ação direta de uma Operadora.

A fratura de fêmur pode ser decorrente de quedas, geralmente associado a um quadro de osteoporose em grande parte, porém associado também à outras causas como neuropatias diabéticas, neoplasias, baixa acuidade visual, dentre outras.

Outro viés deste indicador é que o mesmo é desvirtuado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo segurado, visto que há novas intervenções cirúrgicas para a



FenaSaúde

Federação Nacional de Saúde Suplementar

11/01/2015
715
Obrigações
11/01/2015

mesma fratura, assim como reinternações por motivos outros que erroneamente podem ser associado ao quadro da fratura.

Quando destacado no Indicador "A internação hospitalar por fratura do fêmur tem experimentado aumento nos últimos anos; no entanto, destaca-se que ações direcionadas à prevenção e/ou redução dos fatores de risco minimizam a necessidade de internações hospitalares e suas complicações" confirma-se a subjetividade deste indicador.

6/12/2015
11/01/2015

Hoje, cabe às operadoras, assistência, educação e informação constante, que é dado aos nossos beneficiários, portanto, não devendo ser penalizada por um desfecho que diretamente não tem ingerência.

1.4. Número de Consultas Ambulatoriais com Urologista por Beneficiário do Sexo Masculino entre 50 e 70 Anos

PROPOSTA DA ANS:

Conceituação

Número de consultas ambulatoriais com urologista por beneficiários do sexo masculino com idade entre 50 e 70 anos, no período considerado.

Método de Cálculo

Número de consultas ambulatoriais com urologista em beneficiários do sexo masculino entre 50 e 70 anos, no período considerado

Beneficiários do sexo masculino entre 50 e 70 anos no período considerado

PROPOSTA FENASAÚDE: Não incluir o indicador.

JUSTIFICATIVA: Não há evidências científicas disponíveis que demonstrem a vantagem em consulta com a especialidade urologia em homens entre 50 e 70 anos em comparação ao acesso a consultas médicas com outra especialidade médica, ou a médico generalista (clínico geral, médico de família, etc). Da mesma forma não há

evidências disponíveis de que o aumento das consultas na especialidade urologia evite ou reduzam o rastreamento inadequado do tumor de próstata. Segundo recomendação do INCA "homens que demandassem espontaneamente a realização de exames de rastreamento fossem informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a esta prática" e não de que todos os homens entre 50 e 70 anos tivessem consultas com urologista. Há, pelo contrário, o risco de que o direcionamento de pacientes assintomáticos para a especialidade resulte no aumento do número de exames desnecessários, resultando em efeito oposto ao que prezam as atuais recomendações.

Também não existem evidências a respeito do impacto sobre desfechos em saúde, mortalidade ou morbidade. O número de consultas ambulatoriais nessa faixa etária também não é utilizado por nenhuma referência de diretriz internacional ou nacional de recomendações de procedimentos preventivos ou assistência primária para grandes populações.

Portanto não há embasamento técnico ou científico par a inclusão desse indicador.

Referências:

- U.S. Preventive Services Task Force (EUA);
- The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP):
Guidelines for preventive activities in general practice 8th edition "Red Book" (Australia);
- National Institute for Health and Clinical Excellence (UK)
- Manual de Prevención en Atención Primaria : Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud – PAPPS (Spain)
- Caderno de Atenção Primária – Rastreamento . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Brazil)



1.5. Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada

PROPOSTA DA ANS:

Conceituação

Número de exames de hemoglobina glicada por beneficiário com diabetes mellitus e idade entre 19 e 75 anos de idade, no período considerado.

Método de Cálculo

75% do número de exames de hemoglobina glicada realizados em regime ambulatorial em beneficiários com idade ≥ 19 anos e ≤ 75 anos, no período considerado

7,1% da média de beneficiários com idade ≥ 19 anos e ≤ 75 anos em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado

PROPOSTA FENASAÚDE: Não incluir o indicador.

JUSTIFICATIVA: Uma vez que as operadoras de planos de saúde são impossibilitadas de acessar dados médicos dos seus beneficiários de forma ampla, sistemática e transparente, não é possível determinar quais beneficiários são portadores de diabetes mellitus. A prevalência de diabetes mellitus pode variar de acordo com o perfil da carteira de beneficiários, do tipo de produto, e do tipo de plano (auto gestão, seguradora, cooperativa, etc).

Os dados do Vigitel Brasil 2014 Saúde Suplementar (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) não foram segmentados para a população de clientes da Saúde Suplementar.

Portanto não é possível determinar metas justas baseadas em percentuais populacionais, com base em incidência de doença, para premiação ou penalização da operadora nesse indicador.

As recomendações não devem se basear apenas em recomendações de Sociedades de Especialistas, e sim em estudos ou diretrizes conduzidos por Entidades Governamentais, Secretarias de saúde, ou Institutos de pesquisa independentes, baseados em evidências

científicas, que levem em consideração a eficácia para a inclusão de procedimentos preventivos aplicados em larga escala na população.

2.2. Número de Consultas Ambulatoriais com Pediatra por Beneficiário até 14 anos

PROPOSTA DA ANS:

Conceituação

Número de consultas ambulatoriais com pediatra em relação ao número total de beneficiários até 14 anos, no período considerado.

Método de Cálculo

Número de consultas ambulatoriais com pediatra

Beneficiários com idade igual ou inferior a 14 anos em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado

Meta

Apresentar uma produção igual ou superior a 1,41 consultas com pediatra por beneficiário \leq 14 anos por ano (70% de 2,02).

Numerador: *Padrão TISS - Componente de Conteúdo e Estrutura, Parte III - Mensagens entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): Código na Classificação Brasileira de Ocupações do executante igual a "225124 - Médico pediatra" (Campo 035) e Código do procedimento realizado ou item assistencial utilizado (Campo 066) igual a "10101012 - Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)" ou "10106146 - Atendimento ambulatorial em puericultura", para beneficiários com idade \leq 14 anos (Data de realização ou data inicial do período de atendimento [Campo 029] - Data de nascimento [Campo 018]). Na hipótese de ter sido fornecido o número do Cartão Nacional de Saúde - CNS (Campo 016), a data de nascimento do beneficiário será obtida a partir do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB);*

PROPOSTA FENASAÚDE: Não considerar o código 10106146 – Atendimento ambulatorial em puericultura no cálculo do indicador.

JUSTIFICATIVA: A AMB e a própria Agência, preconizam que este código pode ser utilizado para faixa etária até os 19 anos e não 14 anos. Desta forma, a sua utilização no numerador do indicador pode impactar no resultado final.

Adicionalmente, a Diretriz Clínica utilizada como referência pelo indicador foi proposta e incluída pela Sociedade Brasileira de Pediatria não leva em consideração três fatores importantes:

- a possibilidade de escolha dos próprios beneficiários (crianças acima de 12 anos especialmente, e adolescentes) em consultar outros médicos especialistas.
- o direcionamento dado pelos próprios pediatras a outros especialistas (não pediatras) quando se trata de crianças acima de 12 anos de idade.
- a possibilidade de acompanhamento por médico da família

Algumas dessas questões e outras como o fato da adolescência ser uma faixa etária especialmente saudável são apontadas pela ficha técnica como limitações e vieses. No nosso entendimento tais limitações inviabilizam o uso do indicador.

2.3. Número de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário

PROPOSTA DA ANS:

Conceituação

Número de sessões de hemodiálise crônica em relação ao total de beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado.

Método de Cálculo

Número de sessões de hemodiálise crônica

Número total de beneficiários em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado



PROPOSTA FENASAÚDE: Os parâmetros adotados serem com base na rede pública. Caso a decisão da ANS seja a inclusão, propor que a meta seja baseada nos dados da TISS e do SIP. O indicador não é adequado para avaliar o acesso na SS porque o beneficiário opta por realizar o procedimento no SUS para não perder a vaga que lhe garante o tratamento permanente (por não saber por quanto tempo estará vinculado a um plano de saúde).

Indicadores de dispersão de rede.

2.8. Dispersão de Procedimento e Serviços Básicos de Saúde

2.9. Dispersão da Rede Assistencial Hospitalar

2.10. Dispersão de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas

2.11. Dispersão da Rede Assistencial Odontológica

PROPOSTA FENASAÚDE: Alterar o denominador do cálculo dos indicadores para que seja utilizado o "Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial com pelo menos 30 vidas" ou a suspensão dos respectivos indicadores.

JUSTIFICATIVA: Na fórmula de cálculo não é considerado os diferentes tipos de produtos das operadoras. Desta forma, o cálculo penaliza as operadoras que possuem produtos com abrangência geográfica diferente da Nacional, como: abrangência municipal, grupo de municípios, estadual e grupo de estados.

No registro de produto é exigido que cada produto tenha sua rede específica, o cálculo para estes indicadores deveriam também ser de acordo com a rede de cada produto e não segundo a rede da operadora como um todo. Portanto, solicitamos a suspensão destes indicadores para este período para não penalizar as operadoras.



3.5. Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde

PROPOSTA DA ANS:

Conceituação

Relação entre o valor, em Reais, dos procedimentos e itens assistenciais glosados, informados pela operadora de planos privados de saúde à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS no Padrão TISS, e o valor, em Reais, do total de procedimentos e itens assistenciais enviados pela operadora à ANS no Padrão TISS, no período considerado.

Método de Cálculo

Valor, em reais, do somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais

Valor, em reais, do somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais

Meta

A meta é atingir um valor entre 12% e 115% da mediana do setor, apurada de acordo com a metodologia do Programa de Qualificação de Operadoras. Quanto menor a proporção de glosas pela operadora, melhor a pontuação alcançada no indicador, sendo a pontuação máxima alcançada na eventual ausência de glosa no período considerado.

Interpretação do indicador

Permite mensurar a proporção de valores glosados diante do total dos valores informados dos procedimentos e itens assistenciais. Há práticas e condutas equivocadas ou irregulares de prestadores de serviços de saúde que podem ensejar a aplicação devida de glosas por parte das operadoras, tais como erro do prestador no preenchimento/envio da guia, cobrança em duplicidade ou atraso do prestador no envio da documentação. Contudo, a glosa, se aplicada de modo indevido por parte da operadora, pode acarretar redução das despesas assistenciais da operadora, em detrimento da justa remuneração do prestador executante do serviço de saúde.



sistemas on-line 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 reduzir no futuro os índices de glosa.

Assim, ao evidenciar a correta e clara informação de valores e tipos de glosa, dá-se oportunidade da adequação à rede referenciada, não existindo intenção da operadora de reduzir as despesas assistenciais em detrimento da justa remuneração do prestador, como cita a ficha técnica. Ao contrário, a operadora espera que o prestador, ao corrigir eventuais falhas operacionais, possa de fato obter a plena remuneração estabelecida em contrato.

Desta forma, entendemos que o indicador não poderá ser utilizado como critério do IDSS, pois não estará atestando unicamente a qualidade da regulação da despesa assistencial realizada pela operadora, nem tão pouco a qualidade da adequação de práticas e condutas por parte dos prestadores de serviços de saúde. Ademais deve-se cuidar de não reduzir a responsabilidade do prestador em sua relação com a operadora.

Por fim, é importante ressaltar que as diferenças entre as solicitações de reembolso e os valores efetivamente reembolsados não podem, em hipótese alguma, serem adicionados ao valor da glosa. Isso porque é facultado ao beneficiário 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 glosa.