

São Paulo, 05 de abril de 2017.

À

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL - DIDES

At. Dra. Martha Regina de Oliveira e Dr. João Boaventura Branco de Matos.

Av. Augusto Severo, 81 - 10º andar - Glória - Rio de Janeiro - RJ - CEP nº 20021-040.

Ref. IDSS 2018 - ano base 2017

A UNIMED DO BRASIL - CONF. NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, representante institucional do Sistema Unimed em âmbito nacional e operadora registrada na ANS sob o número 30087-0, por seu representante legal que abaixo subscreve, vem apresentar suas considerações a respeito dos indicadores que esta agência reguladora pretende utilizar no Programa de Qualificação das Operadoras - IDSS 2018, ano base 2017, que foram exibidos durante reunião realizada em 24/03/2017.

Novamente é necessário reiterar a preocupação em relação à pretensão da ANS de utilizar as informações compreendidas nas guias TISS para o cálculo de alguns indicadores. Ninguém é contra o TISS e o seu monitoramento, muito pelo contrário: o Sistema Unimed certamente é o segmento que mais incentivou a adoção desse padrão por operadoras e prestadores, além de estimular constantemente as Unimeds a enviarem os dados mensais exigidos com tempestividade e, principalmente, com assertividade.

No entanto, em decorrência das mudanças do padrão TISS (versão da TISS 3.03.00 entrou em vigor em 01 de dezembro de 2016), ANS deve ter cautela em adotar o seu monitoramento para fins de IDSS. Isso somente deve acontecer quando houver confiabilidade nas informações extraídas, de modo a não prejudicar operadoras em consequência de problemas sistêmicos.

Quanto aos demais indicadores propostos, a seguir as considerações que, desde já, requer que sejam conhecidas e acolhidas:

1- Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde - IDQS

1.1- Proporção de Parto Cesáreo

As alterações implementadas por essa agência reguladora nas metas no indicador *Proporção de Parto Cesáreo* foram válidas, pois a mudança cultural necessária para a redução de partos cesárea na saúde suplementar deve ser, realmente, gradativa.

Para a última versão apresentada desse indicador, a sugestão é que as operadoras que tenham programas aprovados pela ANS - ou que participem do projeto Parto Adequado - já se beneficiem de uma pontuação extra, além da bonificação já prevista nos itens 1.10 e 1.11. Se a operadora possui o programa aprovado, teria ganho de 1 ponto; se a operadora não possui o programa aprovado, faz-se redução de 5% a 10% na pontuação, em relação ao ano anterior.

Ademais, que ele tenha peso 2, como a maior parte dos indicadores da dimensão IDQS.

1.2- Indicador: Taxa de Consultas de Pré-Natal

A meta proposta, de 7 consultas de pré-natal, deve ser substituída por aquela recomendada pela Organização Mundial de Saúde - OMS, que determina como ideal 6 consultas de pré-natal.

Situações em que a mulher só descobre que está grávida depois de 3, 4 e até 6 meses da gestação devem ser consideradas, sob pena das operadoras serem punidas injustamente. Deve haver um desconto no método de cálculo para essas circunstâncias.

1.3- Taxa de Citopatologia Cérvico-Vaginal Oncótica

A agência deve revisar o denominador proposto, com o objetivo de descontar as beneficiárias que já se encontram histectomizadas.

1.4- Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos

Reitera-se que o indicador não mede a qualidade e eficiência da atenção à saúde prestada pela operadora. Ainda que ela tenha programas de promoção à saúde voltada para idosos - uma realidade dentro do Sistema Unimed - foge totalmente do controle da operadora acidentes domésticos, ocorridos fora do ambiente hospitalar.

Ademais, recomenda-se que as operadoras que tiverem programas voltados para idosos aprovados pela ANS - ou participarem do Projeto Idoso Bem Cuidado - se beneficiem de pontuação extra já e também nesse indicador.

1.5- Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos

O idoso não se consulta somente com profissionais de clínica médica, geriatria, medicina da família/comunidade e médico generalista. Muitos são acompanhados - e muito bem acompanhados - por profissionais de cardiologia, reumatologia, endocrinologia, entre outros, que muitas vezes, e em diversas localidades funcionam como um médico generalista. Acreditamos que o modelo assistencial baseado na atenção primária é prioritário e essencial para a sustentabilidade do setor, porém com os contratos ora vigentes, a operadora não pode obrigar - e tampouco cercear - a escolha da especialidade pelo idoso ou sua família.

Deve-se, portanto, ampliar as especialidades citadas no indicador.

Uma questão também deve ser suscitada: no IDSS percebe-se uma positiva incitação para que as operadoras fomentem a atenção primária da saúde. No entanto, não se nota esse mesmo estímulo no processo para registro de produtos voltados para atenção básica.

1.6- Número de Consultas Ambulatoriais com Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 Anos

As crianças não se consultam só com pediatras. Muitas vezes são atendidas por profissionais de oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, neurologia e endocrinologia, visto que a mãe do beneficiário tem a prerrogativa de levá-los ao profissional que entender qualificado para o quadro clínico supostamente identificado. A operadora não pode obrigar - e tampouco cercear - a escolha da especialidade.

Deve-se, portanto, ampliar as especialidades citadas no indicador.

1.7- Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada

Como identificar o beneficiário diabético, para o cálculo do indicador, sendo que não há obrigação de informação do CID para na guia TISS?

Utilizar-se de um percentual (6,7%) de um questionário telefônico (Vigitel Brasil 2015) para o método do cálculo não parece adequado, tampouco para conceder peso 3 a este indicador.

2- Dimensão Garantia de Acesso - IDGA

2.1- Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário

Não necessariamente operadoras menores possuem beneficiários renais crônicos. Sugere-se, portanto, que sejam considerados para o cálculo apenas operadoras que possuem número acima de 10.000 beneficiários.

Além disso, a escolha do beneficiário em realizar o procedimento no SUS independente da atuação da operadora. Ele pode ter procurado o atendimento público por diversos fatores, como a incidência de coparticipação/franquia, a proximidade de sua residência, entre outros. Por esse motivo, recomenda-se a retirada do viés de utilização do SUS do indicador.

2.2- Número de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos

Questionamos por que o indicador é medido na Dimensão Garantia de Acesso e na Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde, como *Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos*, sendo que entendemos tratar-se do mesmo indicador.

Ressalte-se a contribuição realizada anteriormente: *O idoso não se consulta só com profissionais de clínica médica, geriatria, medicina da família/comunidade e médico generalista. Muitos são acompanhados - e muito bem acompanhados - por profissionais de cardiologia, reumatologia, endocrinologia, entre outros. A operadora não pode obrigar - e tampouco cercear - na escolha da especialidade.*

Deve-se ampliar as especialidades citadas no indicador.

Ademais, atualmente não há qualquer estímulo para registro de produtos voltados à atenção primária em saúde ou para transformar os produtos atuais em atenção básica.

3- Dimensão Sustentabilidade no Mercado - IDSM

3.2- Recursos Próprios

A pontuação proposta deve ser totalmente revista. A ANS não demandou imediatamente o cumprimento de 100% da exigência da Margem de Solvência. As operadoras de planos de saúde deverão constituir um patrimônio mínimo necessário com crescimento gradativo da exigência da margem, até dezembro de 2022.

A operadora que cumpre integralmente a exigência de margem de solvência parcial, tal como prevista na regra de transição vigente, não pode ser punida no IDSS.

Sugere-se, portanto, que neste indicador as operadoras que estão quites (100%) com a regra de transição, obtenham a pontuação 1, e não 300% como indicado na ficha técnica proposta. E que a nota 0 seja atribuída à operadora que tenha menos de 90% de margem de solvência considerando, igualmente, a regra de transição.

As demais operadoras que se enquadrarem entre esses dois parâmetros receberão a nota escalonada ($\geq 90\%$ e $< 100\%$).

3.3- Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviço de Saúde

Exigir para a pontuação máxima resultado igual a 0 (zero) de glosas não é admissível do modelo de remuneração *fee for service*. Erros materiais, falta de documentação, entre outras questões podem ocorrer. Exigir glosa zero é contrariar a realidade dos fatos.

Deve ser considerada a média de mercado - apresentada pela própria ANS no Grupo Técnico de Regulamentação da Lei 13003/14. Operadoras com glosas abaixo dessa média teriam nota 1. Quem tiver o dobro da média de mercado, teriam nota zero. Quem se enquadrar entre esses parâmetros, terá o escalonamento devido.

3.3- Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar

Não se vê razão para a alteração da meta anterior, que assegurava a pontuação máxima (1) para as operadoras que resolviam 85%.

A recomendação, portanto, é que a meta anterior seja mantida.

3.4- Índice Geral de Reclamação

É imperioso que sejam retiradas do método de cálculo desse indicador todas as demandas classificadas como inativas e não procedentes (NP), pois se tratam de reclamações abertas de forma equivocada pelos beneficiários (por exemplo, contra operadora diversa daquela que possui vínculo), e/ou sem indícios de infração. Considerá-las no indicador só teria um objetivo: prejudicar a nota das operadoras no IDSS.

3.5- Proporção de NTRPs com Valor Comercial de Mensalidade Atípicos

A Unimed do Brasil se mostra favorável ao indicador, pois a venda do plano de saúde em acordo com a precificação atuarial (NTRP) é indispensável para a sustentabilidade do contrato e, conseqüentemente, da própria operadora. Porém, há que se questionar como se dará o método de apuração. Como saber do preço que, de fato, foi comercialização do plano de saúde?

Não basta criar o indicador, sua apuração deve ser possível.

4- Dimensão Indicadores de Gestão de Processos e Regulação - IDGR

4.1- Índice Composto de Qualidade Cadastral (SIB) Percentual de Qualidade Cadastral

Para as operadoras que tiverem resultado de 90% deverá ser concedida a pontuação 1 (e apenas que tiver resultado de 100%, como proposto). Isto porque existem certos problemas cadastrais que a própria GEPIN/DIDES admite ainda não solucionáveis e que, por esse motivo, não podem prejudicar a operadora no IDSS.

4.2- Índice de Efetivo Pagamento do Ressarcimento ao SUS

As agências reguladoras não podem ir de encontro às regras fundamentais do arcabouço jurídico brasileiro. O artigo 5º, XXXV da Constituição Federal consagra o Princípio Garantidor do Acesso à Justiça, ou da Inafastabilidade da Apreciação Judicial, no sentido de que a lei não excluirá da Apreciação do Poder Judiciário ameaça ou lesão ao direito.

Quando a ANS adota em seu Programa de Qualificação das Operadoras o índice Efetivo de Pagamento ao Ressarcimento ao SUS sem levar em conta os depósitos judiciais efetuados em juízo, ela constrange as operadoras que discordam de suas decisões administrativas, induzindo-as a não recorrerem ao Poder Judiciário.

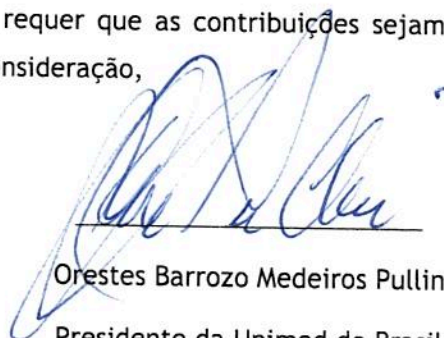
Trata-se de uma afronta a diversos dispositivos legais, de vários ramos do Direito, como o Artigo 151, II do Código Tributário Nacional, Artigo 334 do Código Civil e Artigo 539 do Código de Processo Civil.

Assim, a ANS não pode considerar apenas o pagamento administrativo no cálculo da nota da operadora, pois tal conduta, além de ilegal, traz prejuízos financeiros e de reputação para as operadoras do setor de saúde suplementar.

4.3- Taxa de Utilização do SUS

Sugere-se que, para a decisão de utilização desse indicador, seja realizada antecipadamente uma pesquisa com os beneficiários que utilizaram os serviços do SUS, questionando o porquê desta escolha. A não utilização da rede credenciada pode se dar por vários motivos que não podem ser controlados pela operadora, como por exemplo em razão do pagamento de coparticipação nos procedimentos, localização do prestador SUS, entre outros motivos.

Por fim, mais uma vez requer que as contribuições sejam apreciadas e acatadas, renovando nossos protestos de estima e consideração,



Orestes Barrozo Medeiros Pullin

Presidente da Unimed do Brasil

Representante legal junto à ANS