

CS 01/2016

Rio de Janeiro, 15 de agosto de 2016.

À
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
A/c Dra. Martha / DIDES

Assunto: Reunião dia 14/jul/2016 - Sugestões.

Senhora,

O **IBA – Instituto Brasileiro de Atuária**, dentro dos seus objetivos estatutários de promover o desenvolvimento da cultura dos fundamentos e princípios da Ciência Atuarial, figuras básicas que lastreiam a atividade dos atuários, e em consonância que a determinação de permanente contribuição com o aprimoramento das relações atuariais com o bem estar da sociedade e contribuição técnica com os órgãos reguladores, mantém em sua estrutura a:

- 1 – Comissão de Saúde; e mais recentemente,
- 2 – Comitê Técnico de Pronunciamentos Atuariais em Saúde.

Cientes estamos que este setor de Saúde Privada, como complemento as coberturas e garantias previstas na Lei do SUS – lei 8080/1990 e, de forma mais específica, a LPS – lei 9656/1998, ainda tem muitos pontos de ajustamento, o que torna mais exigente e primordial o aprimoramento dos nossos objetivos e trabalhos para maximizar os resultados, tão necessários.

Dentro deste escopo e ratificado o objetivos do IBA, através do Comitê/CPA e da Comissão de Saúde, mantém sua determinação em participar de forma ativa e permanente em todas as comissões, grupos de estudos ou reuniões mais específicas, sempre na busca do aperfeiçoamento técnico-atuarial e sua melhoria contínua.

Em relação à reunião realizada no último dia 14/julho p. p. vem sugerir os seguintes pontos:

A – em relação a atualização da norma CONSU 08/1998 – Fator Moderador:

Nossos estudos evidenciam que a adoção de fator moderador vem ao encontro da otimização na demanda, minimizando utilizações repetitivas, que se configuram em verdadeiro desperdício. Nossas conclusões apontam para as seguintes sugestões:

A1 – Consultas:

O mercado tem utilizado o “Princípio da Paridade” com muito êxito, visto que o valor médio das consultas pago pelas OPS/SES é muito convergente, portanto, apresentam pena oscilação (variância), não se constituindo em fator restritivo em nenhum caso, bem como, valores “tidos como pequenos” – hoje em torno do piso de R\$ 10,00 (dez reais), não tem qualquer moderação.

Assim, a sugestão é de permitir:

- fator moderador em % do valor da consulta ou em R\$, de acordo com o tipo de produto e aceitação e perfil econômico do público alvo;
- que o valor-base da consulta seja reajustado numa data única anual (por exemplo: maio de cada ano, junto com o reajuste dos Planos Individuais e POOL);
- incluir, neste momento, o fator moderador nas consultas de emergência em unidades hospitalares, face o atual nível de direcionamento “indevido”, onde mais de 80% dos atendimentos não requerem estas unidades, provocando uma lotação excessiva;
- as consultas de caráter preventivo sejam dispensáveis de aplicação do fator moderador;

A2 – Exames:

Neste segmento, há clara distinção entre os exames de baixo custo (exames simples) e os exames de alto custo (exames complexos) – na tabela AMB o referencial era de 200 CH. Outro ponto importante que o recurso matemático permite é a conjugação

Assim, a sugestão é de permitir:

- fator moderador em% ou em R\$, de acordo com o tipo de produto e aceitação e perfil geo-econômico do público alvo, com a adoção de teto em valor monetário (R\$);

A3 – Terapias: idem exames, adequando apenas o respectivo referencial entre simples (exemplo: fisioterapia) e complexas.

A4 – Internações:

Neste item também cabe uma importante segmentação em: internações clínicas e internações cirúrgicas. Há observações que demonstram casos em que nas internações clínicas tem ocorrido para casos de mero “apoio ao idoso” ou casos de internação para mera aplicação de medicamentos, os quais não se configuram como assistência à saúde. Com o aumento da longevidade, se torna recomendável a adoção de fator moderador que permita inibir (ou minimizar) as falsas e desnecessárias internações clínicas, pois estas além de contribuir para a atual lotação hospitalar, se constituem em ônus não assistenciais e não aleatórios, portanto, de cunho comprometedor ao equilíbrio técnico-atuarial e, por decorrência, à solvência futura da carteira. E quanto mais idosa, pior, lembrando que a “Pirâmide Demográfica” evidencia que não há o antigo Pacto Intergeracional, ou seja, é infundado desejar que os “jovens” suportem os custos dos “idosos”, até porque um (1) idosos necessitaria de 8 a 9 jovens, num cálculo equitativo, condição esta inexistente hoje e sem perspectivas futuras!

Logo, dentro de uma fundamentação matemática e adequação atuarial, a sugestão é de permitir:

- fator moderador em % ou em R\$, de acordo com o tipo de produto e aceitação e perfil geo-econômico do público alvo, com a adoção de teto em valor monetário (R\$);

Ressaltamos que a delimitação dos respectivos % e valores monetários dos tetos acima indicados devem guardar relação com três fatores básicos: perfil sócio-econômico dos beneficiários da região geográfica (perfil geo-econômico); características da rede de atendimento e nível de resolutibilidade; e tipo de Plano (exemplo: individual, com acomodação individual ou suíte, nacional permitirá um teto mais elevado do que um Plano coletivo, local, com acomodação coletiva). Donde, nossa sugestão é de não ser estabelecido limite financeiro específico, buscando indicar regras e seus respectivos princípios – Princípio do Orçamento, no caso.

De forma complementar, permitimo-nos sugerir também:

- Uso da Franquia, esta considerando a definição de franquias do mercado segurador e não das resoluções da ANS;
- Bônus por qualidade de vida e Bons-Riscos.
- Remissão por Sobrevivência.

Agradecendo a acolhida e reiterando nosso objetivo maior em prol do desenvolvimento estruturado deste importante Setor, ratificamos nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

Andréa Cardoso
Diretora de Saúde

Glauce Carvas
Coord. Comissão Saúde