

CÂMARA TÉCNICA – INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR – QUALIFICAÇÃO OPERADORAS – TERCEIRA FASE.

RELATÓRIO FINAL

O presente relatório sistematiza as contribuições recebidas na Câmara Técnica – Indicadores do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Qualificação Operadoras – Terceira Fase, realizada nos dias 01 e 02 de julho de 2008, bem como aquelas enviadas posteriormente, como previsto no regimento próprio.

A Câmara Técnica contou com setenta e seis participantes, indicados por entidades que compõem a Câmara de Saúde Suplementar representando operadoras, prestadores, órgãos de defesa do consumidor, entidades de classe e sociedades científicas, além de representantes da ANS.

Participaram as seguintes entidades: ABRAMGE/SINAMGE; FENASAÚDE; SINOG; UNIMED BRASIL; UNIDAS; UNIODONTO; CMB; CFM; Associação Médica Brasileira; CFO; FCFAS (COFFITO); FCFAS (CFN); ADUSEPS; COFEN; PROCON-SP; PROTESTE; CNS; Ministério da Previdência Social; Ministério da Fazenda.

Enviaram contribuições, posterior à realização da Câmara Técnica, a FENASAÚDE, a UNIDAS e a UNIMED BRASIL.

O relatório está organizado por dimensão avaliada pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Qualificação Operadoras. Para cada dimensão, as contribuições advindas da Câmara Técnica ou enviadas posteriormente, foram organizadas segundo temas ou segundo indicadores da Terceira Fase. Para cada contribuição seguem as considerações elaboradas pelas equipes técnicas da Agência Nacional de Saúde Suplementar responsáveis pela dimensão avaliada.

1 - DIMENSÃO ATENÇÃO À SAÚDE

1.1- Da relação operadoras e prestadores quanto à informação da assistência prestada

No que diz respeito à aferição dos indicadores relativos a esta dimensão é sempre bom reiterar que todas as seguradoras especializadas em saúde e outras operadoras não prestam diretamente atendimento médico-hospitalar. Os beneficiários são atendidos por profissionais e estabelecimentos autônomos que são imunes a qualquer interferência da operadora na sua relação com os pacientes. Nesse sentido insistimos quanto à importância da atuação da ANS nos hospitais, clínicas e laboratórios quanto à necessidade do fornecimento das informações requerida pela ANS.

Cabe também reiterar que todas as seguradoras e inúmeras operadoras têm parte de seu serviço prestado na condição de livre escolha (reembolso de despesas, mediante apresentação de recibo), sobre o qual, para alguns casos, a informação padronizada encontra dificuldade.

1.1- Considerações da ANS:

A ANS estabeleceu um padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar - TISS para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

O tema reveste-se de grande importância para o setor, tendo em vista que alguns segmentos do mercado já haviam iniciado estudos com o intuito de estabelecer a padronização da informação trocada entre operadoras e prestadores, já que o preenchimento de grande variedade de formulários utilizada por cada operadora e os demorados mecanismos para obtenção de autorizações de determinados procedimentos exigem intensa dedicação burocrática dos prestadores de serviços.

Além disso, a lentidão dos processos administrativos no atendimento dos beneficiários, assim como as possibilidades de erros e as dificuldades de comparação de dados, são conseqüências notoriamente associadas ao excesso de papéis e à ausência de sistemas de informação unificados e ágeis.

A informação, ferramenta fundamental para o setor de saúde suplementar, norteia avaliações clínicas, epidemiológicas e gerenciais, orienta decisões e planejamentos, embasa as estatísticas da ANS e de outros órgãos governamentais.

A proposta da ANS utiliza padrões já existentes e disponíveis em outros bancos de dados e sistemas de informações, permitindo uma compatibilização com os diversos sistemas de informação em saúde, hoje existentes, possibilitando melhorias na utilização das informações coletadas.

Além disso, a ANS entende que todas as operadoras, independentemente da modalidade, devem procurar gerenciar o modelo de atenção à saúde que é ofertado aos seus beneficiários. A operadora deve lançar mão de estratégias para sensibilizar os prestadores quanto à importância da coleta de informações assistenciais, bem como quanto ao alcance de algumas metas assistenciais.

1.2- Da relação Operadoras e Prestadores – atuação da ANS

Sente-se falta de uma política dirigida mais intensamente aos prestadores, que não se vinculam a uma única operadora, de modo que acabam por não responder às necessidades das operadoras (por exemplo, informar CIDs de internação). Se a ANS não exige deles a obrigatoriedade da informação, será difícil para a operadora cobrar essa prática. Seria o caso de a ANS buscar entendimentos e parcerias com entidades dos prestadores para que, juntos, todos os atores da área da saúde caminhassem para a maior qualidade na prestação de serviços aos usuários e melhor obtenção de dados.

1.2- Considerações da ANS:

Quanto à atuação junto aos prestadores, a ANS editou a Resolução Normativa - RN nº 163, de 19 de outubro de 2007, que define:

“Art. 25-C. À Gerência de Relações com Prestadores de Serviços (GERPS) compete:

I - propor normas à Diretoria, com apoio técnico das demais gerências da ANS ou de câmaras técnicas de caráter consultivo, sobre as seguintes matérias, referentes aos prestadores de serviços:

a) procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços;

b) acompanhamento de preços dos prestadores de serviços e respectivos componentes e insumos;

c) critérios para monitorar a atuação dos prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

d) requisição do fornecimento de informações aos prestadores de serviços que compõem as redes de atenção das operadoras;

e) relação entre operadoras e seus prestadores.

II – desenvolver a necessária integração técnica com o Sistema Único de Saúde (SUS), segundo as diretrizes da Diretoria Colegiada, de modo a assegurar harmonia e reforço às políticas de qualidade, com especial atenção ao conceito de equidade na prestação de serviços;

III – emitir parecer para subsidiar a regulamentação;

IV – monitorar o perfil de qualidade e desempenho dos prestadores de serviços no sistema de saúde suplementar;

V – monitorar os prestadores de serviços quanto à garantia de acesso e ao cumprimento de normas referentes a aspectos sanitários e epidemiológicos, coberturas de patologias e procedimentos;

VI – monitorar a adesão dos prestadores de serviços aos protocolos de troca de informação com operadoras, segundo normas da ANS, bem como cumprimento das solicitações de informações que lhes sejam diretamente dirigidas;

VII - acompanhar e avaliar os contratos celebrados pelas operadoras com prestadores de serviço;

VIII – coordenar ações com as gerências e comitês da ANS cujas atividades e programas apresentem interfaces relevantes com o universo dos prestadores de serviços no âmbito da saúde suplementar;

IX - desenvolver estudos e pesquisas que contribuam para o aprimoramento da qualidade da prestação de serviços.”

Deste modo, a aproximação e sensibilização dos prestadores é uma preocupação da atual gestão da ANS, mas a operadora deve buscar também pactuar com seus prestadores metas para melhoria das informações assistenciais.

1.3 - Indicadores e a comparação dos resultados

Não ocorreu a disponibilização, pela ANS, de fichas técnicas que definam as metas dos indicadores atualmente vigentes do anexo IV do SIP (RN nº 152). Esse fato dificulta às operadoras definirem seu planejamento estratégico de assistência integral à saúde, bem como realizar auto-avaliação e propor ações de re-adequação, pois ficamos sem parâmetros para nossa visualização em relação aos resultados obtidos *versus* esperados.

Alguns indicadores de saúde recebem pontuação definida em função de parâmetros (média e mediana) do setor de saúde suplementar. Se houver inconsistência nos dados enviados por parceiros do setor (e sabemos que existem), as metas serão definidas com base em números inconsistentes.

Alguns indicadores atualmente avaliados beneficiam as operadoras que não conseguem capturar dados, pois ao informar números pequenos de eventos de internação (ex. internação por diabetes mellitus, internação por doenças cerebrovasculares), atingem a nota máxima do indicador. Essa forma de avaliação redundante em “benefício” para as operadoras que não possuem os dados e prejudica aquelas que se empenham em melhorar os processos de coleta e qualificação das informações. É altamente desestimulante.

1.3- Considerações da ANS:

As fichas técnicas são divulgadas a cada etapa do Programa de Qualificação. As operadoras devem ter como meta a qualidade no atendimento integral aos seus beneficiários e a qualidade da informação; dessa forma,

como efeito secundário, acabarão atingindo as metas propostas para cada indicador.

Alguns indicadores utilizam como parâmetros os dados do próprio setor, levando em conta as particularidades do mesmo. As inconsistências nas informações são detectadas a partir de um conjunto de críticas que invalidam os dados considerados incorretos. Esses dados não são computados para o estabelecimento dos parâmetros (média e mediana). Da mesma forma, para alguns indicadores, existem críticas que levam em consideração a probabilidade de ocorrência dos eventos, penalizando operadoras que informam eventos muito aquém do esperado em relação ao seu número de beneficiários.

1.4 – Inserção do CID de alta

A inserção do CID de alta na TISS não é obrigatória, o que leva muitos prestadores a não preencherem esse campo na guia impressa ou eletrônica.

1.4- Considerações da ANS:

Esclarecemos que o CID-10 deve ser preenchido pelo prestador de serviços e enviado para a operadora, obrigatoriamente na guia de Resumo de Internação. A ANS está compatibilizando as guias do TISS com as informações solicitadas no SIP, a fim de facilitar a forma de coleta e preenchimento dos dados.

1.5 – Indicadores Taxa de Citologia Oncótica e Mamografia

Exames de citologia oncótica e mamografia de “primeira vez” – Não conseguimos identificar as beneficiárias que realizam pela primeira vez o exame, pois esse dado não é contemplado no sistema. Além disso, muitas beneficiárias são provenientes de outros convênios, e não temos como saber se e quando ela realizou o último exame, e menos ainda o resultado, que é importante para definir a periodicidade de realização do exame (se anual, bianual, trianual etc.)

1.5- Considerações da ANS:

A utilização do número de procedimentos de 1ª vez como numerador no cálculo deste indicador, em lugar de utilizar o número de expostas que realizaram o exame, visa reduzir a possibilidade de superestimação do mesmo, o que ocorreria com a inclusão de beneficiárias que realizaram mais de um exame num mesmo período.

Contudo, entendemos que algumas dificuldades na obtenção deste dado, em especial no caso de beneficiárias provenientes de outros convênios é uma limitação esperada para esse indicador. A expectativa da ANS é que a operadora procure minimizar tal limitação buscando mecanismos que permitam identificar o primeiro exame de citologia oncótica e mamografia realizado pela beneficiária, ao menos, o primeiro exame realizado na operadora, no ano analisado.

1.6 - Indicador de Proporção de Parto Cesáreo:

Grande resistência por parte dos médicos e muitas vezes da própria gestante quanto às ações em prol do parto normal, dificultando assim a redução de parto cesáreo, independentemente das ações e metas das operadoras.

A própria ANS (grupo técnico de redução de cesarianas) concorda que, para mudar a cultura em relação à utilização de cesarianas, será necessário um longo período, de pelo menos 10 anos, baseando-se em experiências prévias de mudanças culturais na saúde (ex.: terapia de reidratação parenteral x oral. Outra: prática de aleitamento materno x artificial). Dessa forma, uma vez que a questão das cesarianas está sendo discutida em nível nacional, questionamos a estratégia de penalizar as operadoras por esse indicador, que de *per si* traduz o reflexo de uma cultura disseminada em diversos setores sociais. Se sabemos que os *players* envolvidos (sociedade, escolas médicas, hospitais, profissionais de saúde, associações médicas etc.) atuam de modo a favorecer o

uso indiscriminado dessa tecnologia, entendemos que o critério de penalização seja muito rígido.

Proposição 1.6.1: Referente à pontuação oferecer um prazo maior para as operadoras atingirem a porcentagem proposta nesta fase. Exemplo: Durante um período a ser determinado pela Agência, dar valor zero para a porcentagem de partos através de cesariana acima de 85%, ao invés dos 80% proposto.

Proposição 1.6.2: Diminuir o peso (3) deste indicador.

Proposição 1.6.3: Incorporar, na dimensão “Atenção à Saúde”, a implementação de ações pactuadas com a ANS para reduzir o índice de cesarianas.

1.6 - Considerações da ANS:

À Proposição 1.6.1 - A ANS avalia o indicador “Proporção de Parto Cesáreo” desde o ano de 2004, quando foi proposta uma meta de redução de 5% a cada ano, num período de 3 anos, totalizando uma redução de 15% até o ano de 2006. Consideramos que esse prazo seria adequado para que as ações das operadoras pudessem surtir algum efeito. Porém, apesar de todos os esforços, essa meta não conseguiu ser atingida pela grande maioria das operadoras, razão pela qual optamos por utilizar como meta para o ano de 2007 a referência do SUS (32%). Para fixar o limite superior de pontuação em 80%, na ficha do indicador apresentada na Câmara Técnica, foi considerada a taxa alcançada pelo setor em 2006, que foi de 80,72%. Após as considerações e sugestões dos participantes da Câmara Técnica e tendo em vista a nova metodologia de pontuação que é proporcional ao resultado alcançado, a ANS decide elevar o limite superior cuja pontuação será zero (0), para 100%, isto é, serão pontuados, numa proporção inversa, todos os resultados abaixo de 100% até a pontuação máxima do resultado igual ou menor que 32%.

À Proposição 1.6.2 - Quanto ao peso do indicador, alinhada com as políticas do Ministério da Saúde e dando continuidade a suas ações para redução das cesarianas desnecessárias e pelo estímulo ao parto normal, a ANS considera fundamental que esse indicador tenha a pontuação máxima aceita

pelo programa. Dessa forma, sinalizamos de forma inequívoca que esse é um das principais temas a serem debatidos e pactuados com as operadoras.

À Proposição 1.6.3 - Em relação à inclusão na Dimensão Atenção à Saúde das ações pactuadas com a ANS para reduzir o índice de cesarianas, esclarecemos que não há como coletar esse dado com o sistema atual. A sugestão será levada em consideração nas propostas de alteração do sistema que estão em andamento. Acreditamos que a adoção dessas ações pactuada com a ANS se fará refletir diretamente no indicador “Proporção de Parto Cesáreo”.

1.7 – Indicadores de internações por Diabetes Mellitus e por Doenças Hipertensivas

O registro dos CIDs das internações ocorridas por conta de Diabetes Mellitus e por Doenças Hipertensivas é subestimado, uma vez que a maioria das internações desses pacientes ocorre por conta de patologias associadas e não pela doença de base.

1.7 – Considerações da ANS:

Conforme descrito no anexo da Resolução 152, de 18 de maio de 2007, para preenchimento das informações referentes à internação, constantes no Anexo IV do SIP, deve ser considerado o diagnóstico principal, registrado na ocasião de alta do paciente; deste modo, serão consideradas apenas as internações cujo motivo principal foi por um dos CIDs de Diabetes Mellitus ou por um dos CIDs das Doenças Hipertensivas. Caso um paciente tenha sido internado por uma complicação relacionada a essas doenças, as mesmas são tomadas como secundárias e não como diagnóstico principal como previsto pelo indicador. Esses indicadores não medem todas as internações nas quais essas doenças aparecem como diagnóstico (principal e secundários) mas apenas enquanto motivo principal, portanto não há subestimação por não se somar os diagnósticos secundários de Diabetes Mellitus ou das Doenças Hipertensivas.

1.8 – Indicadores de pessoas internadas por neoplasias

1.8.1 - Dos procedimentos

As informações sobre taxas de internação por neoplasias estão atreladas à realização de procedimentos como mastectomia, traquelectomia, prostatectomia etc, isto é, além do preenchimento do CID há a necessidade de informar códigos de procedimento. Hoje a operadora precisa ter uma tabela abrangendo grande diversidade de códigos, por vezes, há vários códigos para um mesmo procedimento (tabelas AMB de diferentes versões, tabela SUS, CBHPM, tabelas regionais). Temos a necessidade de um grande trabalho de parametrização dos códigos, pois citando apenas uma operadora, entre as maiores, em seu sistema há uma lista de mais de 40.000 códigos de procedimento utilizados na discriminação de informações para o SIP.

1.8.1 - Considerações da ANS:

A ANS está elaborando a Tabela Unificada da Saúde Suplementar para a padronização dos códigos dos procedimentos, que será colocada em uso em breve e facilitará o preenchimento das informações solicitadas.

1.8.2 - Dos diagnósticos

Muitas internações para investigação diagnóstica de neoplasia não fecham com um CID definitivo, pois ao realizar biópsia ou retirada de peças cirúrgicas, o material segue para exame anátomo-patológico, cujo resultado não retorna ao hospital em tempo de ser informado nas guias de alta. Em decorrência disto, parte dos laudos é revista manualmente, por meio da leitura de guias de contas médicas que chegam posteriormente, o que reflete em muitas horas de trabalho dentro da operadora, que tenta recuperar um diagnóstico definitivo.

1.8.2 - Considerações da ANS:

Conforme descrito no anexo da Resolução 152, de 18 de maio de 2007, para preenchimento das informações referentes à internação por neoplasias, constantes no Anexo IV do SIP, deve ser considerado o número de pessoas internadas com determinado diagnóstico de câncer e que realizaram determinados procedimentos e o número total de pessoas internadas com o diagnóstico para aquela determinada neoplasia. Assim, a recuperação do diagnóstico definitivo de alta, que motivou a internação e os procedimentos realizados, é a maneira mais correta, seja para efeitos de controle por parte da operadora, seja para efeitos de registro da informação correta.

1.9 - Indicadores de Saúde Bucal

Ponderou-se que os indicadores odontológicos poderiam ser influenciados pelo tempo de carteira, de modo a produzir diferenças importantes na pontuação da operadora. Além do tempo de carteira e de sua rotatividade, os indicadores também poderiam sofrer influência de aspectos como a faixa etária e o *turn over* da estipulante.

No intuito de minimizar o efeito do tempo de carteira, foi sugerido que os indicadores preventivos fossem utilizados apenas no caso das carteiras com tempo superior a 18 meses, por exemplo, tempo este considerado suficiente, para a realização da maioria dos tratamentos curativos e a estabilização da carteira. Da mesma forma, para as carteiras com tempo inferior a 18 meses seriam utilizados os indicadores curativos.

1.9 - Considerações da ANS:

Os indicadores odontológicos propostos na terceira fase do Programa de Qualificação se aplicam à avaliação e ao monitoramento de diferentes etapas da atenção à saúde bucal, desde o acesso à assistência odontológica até as ações concernentes à prevenção de doenças e à limitação do dano. O conjunto de indicadores aponta o perfil assistencial adotado pelas operadoras e tem como objetivo induzir o desenvolvimento de ações que reorientem os modelos vigentes, buscando a qualidade da atenção no setor suplementar.

Quanto às diferenças etárias entre as carteiras, a ANS estará aplicando aos indicadores: Taxa de Terapia Periodontal Básica em Maiores de 15 anos; Taxa de Tratamento Endodôntico Concluído; Exodontias de Permanentes por Expostos, a metodologia de padronização indireta por faixa etária que toma em consideração a composição etária da carteira de beneficiários e os riscos das doenças em cada faixa etária e conseqüentemente as necessidades diferenciadas de realização de terapia periodontal básica, tratamento endodôntico e exodontia entre as operadoras.

Entendemos que a realização de ações preventivas, curativas e reabilitadoras são necessárias e fundamentais num modelo assistencial comprometido com a qualidade e a excelência da atenção à saúde bucal. Nesse sentido, o desenvolvimento de tais ações independe do tempo de carteira e varia conforme o perfil epidemiológico e o modelo assistencial praticado pela operadora.

Em relação à rotatividade das carteiras (*turn over*), reconhecemos ser um aspecto relevante, que poderá influenciar os resultados da operadora; entretanto, na etapa atual do Programa de Qualificação, não dispomos de uma metodologia consistente capaz de contemplar esta questão. Observa-se que o índice de rotatividade de beneficiários das operadoras exclusivamente odontológicas é maior que a média do setor de saúde suplementar. É possível observar também que os planos odontológicos têm ampliado substancialmente sua participação no setor suplementar, sendo necessário o aprofundamento das discussões e estudos sobre suas características.

Além disso, é importante destacar que o Programa de Qualificação considera as tendências e comportamentos do setor, reavaliando periodicamente seus indicadores e otimizando a metodologia utilizada.

1.10 - Do desenvolvimento de programas de saúde

O desenvolvimento de programas de saúde, bem como o envio de seus resultados para a ANS, poderia ser um critério para incorporar na dimensão "Atenção à Saúde", pois estimulará as operadoras a adotarem as práticas de cuidado e de promoção da saúde em consonância com o princípio de atenção integral.

1.10 - Considerações da ANS:

A ANS vem estudando formas de incorporar, na Dimensão Atenção à Saúde, indicadores que avaliem as ações das operadoras em prol da promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Tal medida não foi implementada devido ao fato de o setor ainda não contar com uma estruturada base de dados das ações de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidas pelas operadoras.

2 - DIMENSÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

2.1 – Do peso da Dimensão no IDSS

Proposição 2.1.1 - Aumento do peso da dimensão econômico-financeira no IDSS, que atualmente é de 30%

Proposição 2.1.2 – Que a Dimensão Econômico-Financeira se mantenha com o peso de 30% e as demais dimensões sejam mantidas com as mesmas ponderações atualmente aplicadas: 50% para Atenção à Saúde e 10% para Estrutura e Operação e para Satisfação dos Beneficiários.

2.1 - Considerações da ANS:

Segundo a RN nº 139, de 24 de novembro de 2006:

"Art. 12. O IDSS da operadora é calculado a partir do somatório dos índices de desempenho da dimensão de forma ponderada.

Parágrafo 1º. A ponderação das dimensões é de:

I – cinquenta por cento para a dimensão da atenção à saúde;

II – trinta por cento para a dimensão econômico-financeira;

III - dez por cento para a dimensão de estrutura e operação e

IV – dez por cento para a dimensão da satisfação do beneficiário.

Parágrafo 2º - A ponderação das dimensões poderá ser alterada por decisão da Diretoria Colegiada."

Portanto, o peso do índice de desempenho econômico-financeiro está fixado em trinta por cento (30%) na composição do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar e, para a Terceira Fase do Programa de Qualificação Operadoras, não há deliberação da Diretoria Colegiada para alterar esse peso.

2.2 - Indicador Patrimônio Líquido por Modalidade e Porte (PI):

A mera utilização do PL em valor (\$) irá determinar o comprometimento das "pequenas".

Proposição 1 - Sugere-se que o indicador PL - Patrimônio Líquido seja proporcionalizado pela Receita de Planos, visto que quanto maior a receita, maior deve ser o PL, não necessariamente de forma linear.

2.2 - Considerações da ANS:

Esse indicador não está analisando de forma linear, visto que ele está segregando as operadoras por modalidade e porte, não comprometendo, assim, as "pequenas" operadoras.

2.3 - Das Garantias Financeiras:

Entende-se como acertada a decisão de se atribuir nota zero para as operadoras que não estão adequadas com a regra de garantias financeiras, mas enseja certa preocupação o fato de que para o exercício de 2007 apenas aquelas com recursos inferiores a 60% do mínimo legal exigido estejam de fato zeradas no indicador "adicional em garantias financeiras".

2.3 - Considerações da ANS

Há uma crítica segundo a qual operadoras com menos de 60% do mínimo legal exigido não serão avaliadas na dimensão Econômico-financeira e receberão nota zero (0). O indicador "Adicional em Garantias Financeiras" será zero para as operadoras que tiverem tal indicador entre 60% e 100% e, somente a partir do exigido, serão pontuadas.

3 - DIMENSÃO ESTRUTURA E OPERAÇÃO

3.1 - Indicador Taxa de Beneficiários de Planos Antigos

Proposição 3.1.1 - Exclusão do indicador ou substituição do mesmo por um indicador de oferta de adaptação;

Proposição 3.1.2 - Não aplicar o indicador até a nova RN sobre adaptação pelo artigo 35 da Lei nº 9.656/98;

Proposição 3.1.3 - Relativizar o indicador em relação ao tipo de contratação (individual ou coletivo).

3.1 - Considerações da ANS:

O objetivo deste indicador é verificar a proporção de beneficiários vinculados a planos anteriores a Lei nº 9.656/98, independentemente do tipo de contratação. Esta identificação busca valorizar as operadoras que apresentam maior percentual de beneficiários em planos novos registrados na ANS, já que significaria maior nº de beneficiários submetidos completamente à regulação desta Agência. Além disso, todas as operadoras, independentemente da modalidade, podem melhorar o resultado do indicador buscando estratégias para incentivar à adaptação/migração dos contratos (diminuindo o numerador) e/ou incorporação de beneficiários vinculados a planos registrados na ANS (aumentando o denominador).

Sendo assim, considerando o que o indicador se propõe a medir, não foram aceitas as sugestões descritas anteriormente.

Apesar da não incorporação das sugestões, as justificativas apresentadas pela Câmara Técnica já haviam sido consideradas. Neste sentido, informamos que a Ficha Técnica apresentada nesta Fase do Programa de Qualificação Operadoras já incluiu alterações no peso e na pontuação do indicador.

Situação/Alteração Final da Ficha Técnica do Indicador

- O peso do indicador reduziu de 3 para 2;

- Não há mais limite inferior e superior para as operadoras serem pontuadas. O limite inferior anteriormente utilizado, onde as operadoras com resultado $>$ ou $=$ a 75% receberiam pontuação zero não se aplica mais. As operadoras receberão pontuação diretamente relacionada ao resultado do indicador, não tendo que obter percentual abaixo de 75% para serem pontuadas.

3.2 - Indicador: Índice de Internações de Beneficiários na Rede Hospitalar do SUS

Proposição 3.2.1 - Considerar as internações identificadas (AIH) apenas para os eventos com cobertura contratual e após impugnação;

Proposição 3.2.2 - Não contabilizar as internações decorrentes de acidentes onde o beneficiário foi removido pelo corpo de bombeiros/SAMU.

3.2 - Considerações da ANS:

À proposição 3.2.1 - Informamos que no cálculo deste indicador não é possível, até o presente momento, diferenciar no numerador as internações identificadas segundo cobertura e/ou situação do processo de ressarcimento ao SUS, devido, respectivamente, ao grande volume de identificações de AIH de beneficiários dificultar a separação pontual dentro do banco de dados deste sistema e a grande demanda destes processos de ressarcimento ao SUS analisados nesta Agência. A separação individualizada por operadora inviabilizaria o importante levantamento deste tipo de informação. Como já previsto na ficha técnica, são excluídos automaticamente do numerador os beneficiários identificados vinculados a planos sem cobertura hospitalar (exclusivamente ambulatoriais e odontológicos);

À proposição 3.2.2 - Quanto a não contabilizar as internações decorrentes de acidentes com remoção pelo corpo de bombeiros ou SAMU, informamos que se utiliza no cálculo do numerador as internações de beneficiários que foram identificadas a partir das AIH geradas pelo SUS, independentemente do fluxo que o beneficiário percorreu até o momento da

internação. A partir deste entendimento, aplica-se também para este caso a justificativa detalhada acima.

Como o objetivo deste indicador é estimar de forma aproximada as chances (probabilidades) de os beneficiários da operadora serem internados na rede hospitalar do SUS, já que se trabalha com o nº de beneficiários no denominador e, considerando as justificativas apontadas acima, entende-se que não há invalidação quanto ao que este índice se propõe medir. De qualquer forma, compreendendo a relevância das sugestões, informamos que haverá alteração no peso deste indicador. Além disso, lembramos que as solicitações apresentadas na Câmara Técnica já vinham sendo contempladas, a partir da definição das metas, que consideram os parâmetros do setor, maior percentual do estrato e mediana do setor, de forma a relativizar as operadoras na pontuação do indicador.

Situação/Alteração Final da Ficha Técnica do Indicador

- O peso do indicador reduziu de 3 para 2;

3.3 - Indicador: Proporção de Ressarcimento ao SUS

Proposição 3.3.1 - Suspensão ou exclusão deste indicador até que se defina a questão de inconstitucionalidade do Ressarcimento ao SUS;

Proposição 3.3.2 - Redução acentuada do peso do indicador.

3.3 - Considerações da ANS:

À proposição 3.3.1 - Até o presente momento, não há impedimento legal para a ANS realizar cobrança de ressarcimento ao SUS, quanto às internações hospitalares de beneficiários. Este ressarcimento é regulado pelo artigo 32 da Lei 9656/98, portanto, uma obrigação legal das operadoras, mostrado a seguir:

"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras a que alude o art. 1º os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições

públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1o O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao Sistema Único de Saúde - SUS nos demais casos, mediante tabela a ser aprovada pelo CONSU, cujos valores não serão inferiores aos praticados pelo SUS e não superiores aos praticados pelos planos e seguros. (Redação dada pela MP nº 1.665, de 04 de junho de 1998).

§ 2o Para a efetivação do ressarcimento, a entidade prestadora ou o SUS, por intermédio do Ministério da Saúde, conforme o caso, enviará à operadora a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3o A operadora efetuará o ressarcimento até o trigésimo dia após a apresentação da fatura, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao Fundo Nacional de Saúde, conforme o caso.

§ 4o O CONSU fixará normas aplicáveis ao processo de glosa dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2o deste artigo. (Redação dada pela MP nº 1.665, de 04 de junho de 1998).

§ 5o A entidade prestadora de serviços que receber o ressarcimento diretamente das operadoras informará mensalmente ao Ministério da Saúde a discriminação dos serviços prestados, dos valores recebidos e os dados cadastrais dos consumidores, na forma da regulamentação. (Parágrafo incluído pela MP nº 1.665, de 04 de junho de 1998)."

A Confederação Nacional de Saúde – Hospitais, Estabelecimentos e Serviços propôs uma Ação Direta de Inconstitucionalidade 1931 (ADIN 1931). Entretanto, em sessão realizada no dia 21 de agosto de 2003, o Supremo Tribunal Federal concluiu o julgamento de medida liminar na referida ação direta, afastando a alegada inconstitucionalidade formal do inteiro teor da Lei n.º 9.656/98 e Medida Provisória n.º 1.730/98. No tocante às regras atinentes ao ressarcimento ao SUS, art. 32 da Lei nº 9.656/98, decidiu pela constitucionalidade da norma por considerar que os artigos impugnados, ao estabelecerem os limites de atuação das operadoras de planos privados de

saúde, estão em harmonia com a competência do Estado, prevista no art. 197 da Constituição. A decisão foi publicada no DOU em 03/09/2003, na forma do voto do Relator Ministro Maurício Correia.

Considerando esta decisão, a importância do ressarcimento ao SUS para o sistema de saúde nacional e o atendimento das operadoras quanto à legislação vigente, justifica-se a manutenção deste indicador no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar;

À proposição 3.3.2 - O peso deste indicador constante na Ficha Técnica foi apresentado para a Câmara Técnica com o valor 3 e será ajustado para o peso já utilizado nas fazes anteriores do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

Situação/Alteração Final da Ficha Técnica do Indicador

- O peso do indicador será mantido em 1;

3.4 - Indicador: Índice de Regularidade de Envio dos Sistemas de Informação

Proposição 3.4.1 - Considerar no cálculo do indicador a data do primeiro envio dos sistemas, ainda que exista a necessidade de reenvio posterior para correção e/ou nos casos comprovados de indisponibilidade dos sistemas.

III.4 - Considerações da ANS:

À proposição 3.4.1 - Considerando que o objetivo deste indicador é verificar a regularidade do envio dos dados (Sistemas SIB, SIP e DIOPS) nos prazos estipulados nos atos normativas desta Agência, justifica-se o aceite da sugestão, para não haver prejuízo as operadoras na cálculo/nota deste indicador.

Situação/Alteração Final da Ficha Técnica do Indicador

O item da Ficha Técnica "Definição dos termos utilizados no indicador" passa a apresentar o seguinte texto:

Envio SIP/SIB/DIOPS: número de envios periódicos desses dados pela operadora a ANS, dentro dos prazos estabelecidos nas normas. Nos casos onde houve necessidade de reenvio de sistema para correção ou por indisponibilidade comprovada dos sistemas, considera-se como envio periódico, sempre a data do primeiro encaminhamento dos dados realizado pela operadora.

3.5 - Indicador: Percentual de Qualidade Cadastral

Proposição 3.5.1 - Considerar no cálculo do indicador, nos casos em que existem inconsistências provenientes de processo de transferência de carteira, a data de implementação.

3.5 - Considerações da ANS:

À Proposição 3.5.1 - Aceita. Para esta situação, informamos que praticamente todos os processos de transferência de carteira estão finalizados e implantados no sistema RPS. Nos casos ainda não concluídos, haverá tratamento individualizado no processamento do cálculo para não haver prejuízo as operadoras no cálculo/nota deste indicador.

3.6 - Indicador: Dispersão da Rede Assistencial

Proposição 3.6.1 - Considerar a disponibilidade de prestadores disponíveis para os beneficiários não-expostos;

Proposição 3.6.2 - Considerar no calculo do indicador os prestadores exclusivamente SUS (segundo o CNES), que foram aceitos no momento de registros de produtos, através de correspondência informando estarem aptos a prestar serviço para a operadora;

Proposição 3.6.3 - Considerar o atendimento por reembolso;

Proposição 3.6.4 - Considerar a consulta pública ANS nº 26/2006. Minuta e anexos de RN disponibilizados para consulta pública no período de 28/12/2006 a 24/02/2007;

Proposição 3.6.5 - Adotar pontuação máxima para resultados no indicador igual a 100%;

Proposição 3.6.6 - Considerar no cálculo do indicador apenas os municípios que apresentem disponibilidade de prestador Hospitalar não exclusivos SUS, segundo o CNES;

Proposição 3.6.7 - Elaborar para próxima fase do programa indicador que mensure a disponibilidade de leitos ao invés da disponibilidade hospitalar, considerando o compartilhamento deste recurso entre as operadoras.

3.6 - Considerações da ANS:

À Proposição 3.6.1 - Já contida no cálculo do indicador. Para que seja possível contabilizar os estabelecimentos disponíveis para beneficiários não-expostos, as operadoras devem informar a rede indireta contratada através do cadastro destes prestadores no RPS;

À Proposição 3.6.2 - Como esta situação de comprovação da disponibilidade dos prestadores exclusivos SUS para a saúde suplementar durante a solicitação de registro de produto (RPS), é irrelevante diante do conjunto de todos os prestadores das operadoras e devido ao grande volume do banco de dados da rede informada, fica inviável realizar o processamento do indicador tratando de forma pontual/individualizada estes casos. Desta forma, não é possível considerar no indicador os prestadores, cuja disponibilidade dos serviços está cadastrada como Exclusivamente SUS, segundo o CNES;

À Proposição 3.6.3 - Aceita. Não há obrigatoriedade da operadora informar a rede assistencial no RPS para planos que operam exclusivamente com reembolso;

À Proposição 3.6.4 - Já contida no cálculo do indicador. Na definição das metas está considerada a coerência entre o previsto na consulta pública ANS nº 26/2006 e seus anexos e a metodologia explicitada na Ficha Técnica;

Às Proposições 3.6.5 e 3.6.6 – Aceitas. Conforme previsão já apontada na Ficha Técnica, devido à complexidade e baixa disponibilidade à saúde suplementar deste tipo de prestador (Assistência Hospitalar) nos municípios do

país, segundo o CNES, apenas os municípios com disponibilidade deste tipo de estabelecimentos são considerados no cálculo do denominador. Além disso, dentre estes municípios, serão contabilizados apenas os que concentrarem 90% dos beneficiários da operadora. Desta forma, justifica-se a meta de 100% para recebimento da pontuação máxima;

À Proposição 3.6.7 - Esta sugestão será estudada para inclusão de novo indicador na próxima fase do programa. Informamos que este tipo de informação será avaliada no monitoramento de rede, como previsto na consulta pública ANS nº 26/2006 e seus anexos disponibilizados no período de 28/12/2006 a 24/02/2007.

Situação/Alteração Final da Ficha Técnica do Indicador

- Serão desconsiderados os beneficiários vinculados a planos registrados no RPS que indicarem, nos Dados Gerais deste registro, que o plano opera exclusivamente com livre escolha;

- Modificação na tabela de pontuação: a pontuação recebida pelas operadoras será diretamente proporcional ao resultado obtido no indicador. Receberá nota zero operadora com resultado igual a 0% e nota máxima operadora com resultado igual a 100%;

- Outros ajustes pertinentes: no caso de beneficiários vinculados a planos anteriores à Lei nº 9.656/98, como não existe informação da área de atuação no cadastro destes planos no SCPA, será entendida como área de previsão de cobertura assistencial os municípios de residência dos beneficiários.

3.7 - Indicador: Dispersão de Procedimentos e Serviços Básicos de Saúde

Proposição 3.7.1 - Considerar a disponibilidade de prestadores disponíveis para os beneficiários não-expostos;

Proposição 3.7.2 - Considerar no calculo do indicador os prestadores exclusivamente SUS (segundo o CNES), que foram aceitos no momento de

registros de produtos, através de correspondência informando estarem aptos a prestar serviço para a operadora;

Proposição 3.7.3 - Considerar o atendimento por reembolso;

Proposição 3.7.4 - Considerar a consulta pública ANS nº 26/2006. Minuta e anexos de RN disponibilizados para consulta pública no período de 28/12/2006 a 24/02/2007;

Proposição 3.7.5 - Adotar pontuação máxima para resultados no indicador igual a 100%;

Proposição 3.7.6 - Considerar no cálculo do indicador apenas os municípios que apresentem disponibilidade de prestadores, não exclusivos SUS, para estes serviços e procedimentos, segundo o CNES.

III.7 - Considerações da ANS:

À Proposição 3.7.1 - Já contida no cálculo do indicador. Para que seja possível contabilizar os estabelecimentos disponíveis para beneficiários não-expostos, as operadoras devem informar a rede indireta contratada através do cadastro destes prestadores no RPS;

À Proposição 3.7.2 - Como esta situação de comprovação da disponibilidade dos prestadores exclusivos SUS para a saúde suplementar durante a solicitação de registro de produto (RPS), é irrelevante diante do conjunto de todos os prestadores das operadoras e devido ao grande volume do banco de dados da rede informada, fica inviável realizar o processamento do indicador tratando de forma pontual/individualizada esses casos. Desta forma, não é possível considerar no indicador os prestadores, cuja disponibilidade dos serviços está cadastrada como Exclusivamente SUS, segundo o CNES;

À Proposição 3.7.3 - Aceita. Não há obrigatoriedade da operadora informar a rede assistencial no RPS para planos que operam exclusivamente com reembolso;

À Proposição 3.7.4 - Já contida no cálculo do indicador. Na definição das metas está considerada a coerência entre o previsto na consulta pública ANS nº 26/2006 e seus anexos e a metodologia explicitada na Ficha Técnica;

À Proposição 3.7.5 - Considerando a possibilidade de indicações de prestadores em municípios limítrofes nos casos de indisponibilidade local e a própria indisponibilidade local, assim como a previsão de necessidade de oferta destes serviços pelas operadoras contida na consulta pública ANS nº 26/2006 e seus anexos, não é coerente considerar o resultado 100% no indicador como meta;

À Proposição 3.7.6 - Conforme a consulta pública ANS nº 26/2006 e seus anexos e considerando os serviços mínimos para garantia de cobertura assistencial adequada que são passíveis de identificação a partir do cadastro dos prestadores no CNES, foram selecionados para serem mensurados no indicador aqueles que se apresentam com maior disponibilidade para o setor.

O objetivo deste indicador é verificar especificamente a coerência da disponibilidade destes serviços e procedimentos mínimos nos municípios com previsão de cobertura assistencial, observando apenas a soma dos municípios com maior concentração dos beneficiários (90%). Neste sentido, o resultado do indicador busca dar visibilidade e diferenciar as operadoras que conseguem apresentar esta rede assistencial mínima de acordo com a existência dos beneficiários, subtendendo uma melhor situação de acesso aos serviços e procedimentos básicos de saúde para as operadoras com melhor resultado. A partir destas considerações, e para manter no indicador a relevância da informação sobre estruturação de rede adequada para este tipo de acesso, não se aplica retirar do cálculo do denominador os municípios com indisponibilidade destes serviços e procedimentos.

De qualquer forma, considerando a sugestão da Câmara Técnica e os apontamentos da justificativa à proposição nº 5 descrita anteriormente, adotou-se como meta no indicador um resultado de 90% e um peso intermediário (2), para relativizar as operadoras na cálculo/nota do mesmo. A definição do limite mínimo está em conformidade com o previsto na consulta pública ANS nº 26/2006 e seus anexos e a definição desta meta esteve baseada no estudo dos parâmetros, verificando a mediana encontrada no setor e a média de disponibilidade destes serviços e procedimentos nos municípios do Brasil que concentram 90% de todos os beneficiários.

Situação/Alteração Final da Ficha Técnica do Indicador

- Serão desconsiderados os beneficiários vinculados a planos registrados no RPS que indicarem, nos Dados Gerais deste registro, que o plano opera exclusivamente com livre escolha;

- Outros ajustes pertinentes: No caso de beneficiários vinculados a planos anteriores a lei 9.656/98, como não existe informação da área de atuação no cadastro destes planos no SCPA, será entendida como área de previsão de cobertura assistencial os municípios de residência dos beneficiários.

3.8 - Indicador: Dispersão de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas

Proposição 3.8.1 - Considerar a disponibilidade de prestadores disponíveis para os beneficiários não-expostos;

Proposição 3.8.2 - Considerar no calculo do indicador os prestadores exclusivamente SUS (segundo o CNES), que foram aceitos no momento de registros de produtos, através de correspondência informando estarem aptos a prestar serviço para a operadora;

Proposição 3.8.3 - Considerar o atendimento por reembolso;

Proposição 3.8.4 - Considerar a consulta pública ANS nº 26/2006. Minuta e anexos de RN disponibilizados para consulta pública no período de 28/12/2006 a 24/02/2007;

Proposição 3.8.5 - Adotar pontuação máxima para resultados no indicador igual a 100%;

Proposição 3.8.6 - Considerar no cálculo do indicador apenas os municípios que apresentem, segundo o CNES, disponibilidade de prestadores hospitalares e não-hospitalares não exclusivos SUS, para oferta de serviços de urgência e emergência 24 horas.

3.8 - Considerações da ANS:

À Proposição 3.8.1 - Já contida no cálculo do indicador. Para que seja possível contabilizar os estabelecimentos disponíveis para beneficiários não-expostos, as operadoras devem informar a rede indireta contratada através do cadastro destes prestadores no RPS;

À Proposição 3.8.2 - Como esta situação de comprovação da disponibilidade dos prestadores exclusivos SUS para a saúde suplementar durante a solicitação de registro de produto (RPS), é irrelevante diante do conjunto de todos os prestadores das operadoras e devido ao grande volume do banco de dados da rede informada, fica inviável realizar o processamento do indicador tratando de forma pontual/individualizada estes casos. Desta forma, não é possível considerar no indicador os prestadores, cuja disponibilidade dos serviços está cadastrada como Exclusivamente SUS, segundo o CNES;

À Proposição 3.8.3 - Aceita. Não há obrigatoriedade da operadora informar a rede assistencial no RPS para planos que operam exclusivamente com reembolso;

À Proposição 3.8.4 - Já contida no cálculo do indicador. Na definição das metas já está considerada a coerência entre o previsto na consulta pública ANS nº 26/2006 e seus anexos e a metodologia explicitada na Ficha Técnica;

À Proposição 3.8.5 - Considerando a possibilidade de indicações de prestadores em municípios limítrofes nos casos de indisponibilidade local e a própria indisponibilidade local, assim como a previsão de necessidade de oferta destes serviços pelas operadoras, contida na consulta pública ANS nº 26/2006 e seus anexos, não é coerente considerar o resultado 100% no indicador como meta;

À Proposição 3.8.6 - O objetivo deste indicador é verificar especificamente a coerência da disponibilidade dos serviços de urgência e emergência 24 horas nos municípios com mais de 300 beneficiários (observando parâmetros disponíveis na portaria nº 2048/02, portaria nº 1101/02 e apresentados na consulta pública ANS nº 26/2006 e seus anexos).

Neste indicador a análise da disponibilidade é independente da área de previsão de cobertura assistencial.

Devido à importância da necessidade de oferta adequada dos serviços de urgência e emergência 24 horas para não comprometer a qualidade/integralidade da assistência prestada aos beneficiários e considerando a possibilidade de risco à saúde que apresenta, quando ausentes, pelas próprias características do tipo de atendimento, o resultado deste indicador busca dar visibilidade e diferenciar as operadoras que conseguem apresentar estes serviços de acordo com a localização dos beneficiários, subtendendo uma melhor situação de acesso para as operadoras com melhor resultado.

A partir destas considerações, e para manter no indicador a relevância da informação sobre estruturação de rede adequada para este tipo de acesso, não se aplica retirar do cálculo do denominador os municípios com indisponibilidade dos serviços de urgência e emergência 24 horas.

De qualquer forma, considerando a sugestão da câmara técnica e os apontamentos da justificativa para a proposição nº 5 descrita anteriormente, adotou-se como meta no indicador um resultado de 90% e um peso intermediário (2), para relativizar as operadoras na cálculo/nota do mesmo. A definição do limite mínimo está em conformidade com o previsto na consulta pública ANS nº 26/2006 e seus anexos e a definição desta meta esteve baseada no estudo dos parâmetros, verificando a mediana encontrada no setor e a média de disponibilidade destes serviços nos municípios do Brasil com mais de 300 beneficiários.

Situação/Alteração Final da Ficha Técnica do Indicador

- Serão desconsiderados os beneficiários vinculados a planos registrados no RPS que indicarem, nos Dados Gerais deste registro, que o plano opera exclusivamente com livre escolha.

3.9 - Outras sugestões e apontamentos vindos do grupo de trabalho da Dimensão Estrutura e Operação da Câmara Técnica

1 – Estudar construção de RN da ANS determinando que as operadoras ajustem seus contratos ao CDC/CNSP ou CC 1916 art. 86 (art. 138 CC 2002);

2 – Realizar informação imediata a ANS/MS/Delegacia do Consumidor de todos os beneficiários de planos que sejam conduzidos pelo Corpo de Bombeiros/SAMU aos serviços públicos de emergência, para fins também de ressarcimento ao SUS e demais cominações;

3 – Realizar estudo com ANS/DPDC sobre as coberturas dos contratos antigos na vigência do CDC;

4 – Ressarcir os atendimentos realizados em prestadores classificados como exclusivamente SUS;

5 – Cobrar a proibição de qualquer tipo de pagamento a prestador da rede credenciada/conveniada/referenciada, especialmente profissionais de plantão ou sobreaviso, pelo atendimento de beneficiário em situações de urgência/emergência;

6 – Instituir que o atendimento na rede pública, inclusive acidente de trabalho, seja de notificação compulsória e imediata pela unidade pública para fins de ressarcimento ao SUS e demais cominações pertinentes;

7 – Preocupação com a qualidade cadastral dos sistemas (SIB, SIP e DIOPS), frente à grande mobilidade entre operadoras nos planos coletivos (DLP, faixa etária, e outros riscos).

3.9 –Resposta ANS

Estes apontamentos e sugestões não foram considerados neste relatório, pois não se referiram diretamente a discussão dos indicadores da dimensão Estrutura e Operação e deverão ser encaminhados para estudo das áreas específicas na ANS que tratam dos assuntos citados.

4- DIMENSÃO SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

4.1 - Indicador: Sanção Pecuniária Per Capita

Pedido de esclarecimento e proposição 4.1.1 - Pergunta-se: será levado em consideração o processo transitado em julgado? Apenas os processos abertos em 2007? Ou as multas aplicadas em 2007? As multas sujeitas aos termos de compromisso de ajuste de condutas são consideradas? (...) Quanto a esse indicador, em obediência aos princípios da ampla defesa e do contraditório, consagrado na Constituição Federal, artigo 5º, LV, devem ser considerados apenas os processos transitados em julgados na ANS”.

Proposição 4.1.2 - Corrigir conceito da ficha do indicador para “nº médio de beneficiários ativos”

Proposição 4.1.3 - Segregar as sanções nas categorias Assistenciais, Econômico-Financeiras e Institucionais.

4.1 - Considerações da ANS:

Ao pedido de esclarecimento e à proposição 4.1.1 - Conforme está esclarecido na ficha técnica no tópico “Interpretação do Indicador”, a análise restringe-se à primeira instância. Em que pese a sanção sujeita a recurso não poder ser aplicada, sua informação para fim de qualificação não viola nenhum preceito constitucional. Além disto, cabe esclarecer que são processos julgados em 2007, originados em qualquer tempo. A diretoria avaliará a possibilidade de mudança no nome para contemplar a necessidade de especificação de instância. Não serão incluídos processos sob TCAC.

À Proposição 4.1.2 - Na ficha técnica o tópico “definição de termos utilizados no indicador” contempla essa questão.

À Proposição 4.1.3 – Entende-se que, embora haja distinções entre estas categorias sob vários aspectos, a finalidade de prestação de serviços de saúde de boa qualidade, que sejam aderentes aos padrões promovidos pela ANS, depende de uma série de fatores tais como: sistema de informações válidos e confiáveis, garantias financeiras, além de

desempenho ótimo nos indicadores específicos para a dimensão assistencial bem como de estrutura e operação.

4.2 - Indicadores: Proporção de Beneficiários com Desistência no Primeiro Ano e Média de Permanência do Beneficiário

Pedido de esclarecimento 4.2.1 - Como se consideram as exclusões por inadimplência?

Pedido de esclarecimento 4.2.2 - E se a empresa decide cancelar os contratos? (...). Observar que os planos coletivos por adesão possuem pessoa jurídica que os representa e que assim como nos planos empresariais é comum que na data de reajuste de mensalidades haja mudança de operadora”.

Pedido de esclarecimento 4.2.3 - (...) esclarecimento quanto ao tratamento de cancelamento a pedido do contratante, ajustando definição de termo na ficha técnica.

Proposição 4.2.1 - Excluir do cálculo os vínculos a planos coletivos por adesão; só considerar os planos individuais / familiares; excluir também os beneficiários com DLP, inadimplentes, e operadoras que atuam em mercados concentrados

Proposição 4.2.2 - Distinguir motivação para mudança de operadoras, especialmente nos planos coletivos (própria iniciativa, impossibilidade de suportar reajuste “sinistralidade”, decisão do órgão de RH)

4.2 - Considerações da ANS:

Ao Pedido de esclarecimento 4.2.1 – Conforme consta na ficha dos dois indicadores apresentadas na Câmara Técnica, o motivo de cancelamento informado no SIB como inadimplência não era excluído do cálculo do indicador. Após reflexões que a inadimplência pode tanto representar a condição de não pagamento por parte do beneficiário (dificuldades financeiras), quanto uma forma de romper o contrato por insatisfação, a ANS resolve excluir o motivo inadimplência do cálculo desses indicadores, até que se possa contar com um estudo mais efetivo das causas que levaram o beneficiário ficar inadimplente. A ficha será alterada

para conter também os motivos de cancelamento considerados para o cálculo.

Ao Pedido de esclarecimento 4.2.2 - Serão contados no numerador e denominador os beneficiários cujo motivo de cancelamento informado no SIB foi cancelamento do contrato pela empresa.

Ao Pedido de esclarecimento 4.2.3 - Entendendo cancelamento a pedido do contratante como o desligamento de um indivíduo por iniciativa da empresa ou entidade contratante, estes beneficiários não serão considerados no cálculo do indicador, desde que informados corretamente no SIB.

À Proposição 4.2.1 – Na versão das fichas dos Indicadores: Proporção de Beneficiários com Desistência no Primeiro Ano e Média de Permanência do Beneficiário, apresentadas na Câmara Técnica, eram excluídos do cálculo desses indicadores os planos coletivos empresariais. Após análise dos dados do SIB, verificou-se que os planos coletivos empresariais e por adesão, assim como individuais possuem elevadas taxas de cancelamento de vínculos, mesmo para o indicador que mede a desistência no primeiro ano, o que indica a saída precoce dos planos de saúde. Assim a ANS está propondo manter no cálculo do indicador todos os vínculos, independente do tipo de contratação, contabilizando assim todos os contratos individuais / familiares e contratos coletivos (empresariais e por adesão), modificando as fichas desses dois indicadores apresentadas na Câmara Técnica, que excluíam os contratos empresariais.

Quanto a excluir também os beneficiários com DLP, a operadora deve informar a CPT no momento do contrato e se não o fez tem obrigação de cobrir o procedimento, salvo posterior concordância do beneficiário. Assim, em tese, se o beneficiário se retira por essa razão há uma insatisfação sua, pois ou ele não foi devidamente informado que estava em CPT ou não estava em CPT e teve seu procedimento negado de forma indevida.

Quanto a privilegiar operadoras que atuem em mercados concentrados, não serão feitas restrições que terminem por impor limitações na abrangência que se pretende ter da análise com o indicador. Além disso, o setor não dispõe de dados que confirmem esta hipótese, mas atenção será dada a esta questão.

À Proposição 4.2.2 - A prioridade no momento é a de entender a movimentação nos planos de saúde. Posteriormente será dada maior atenção aos diversos motivos para mudança de operadora. Os dados SIB não permitem discriminar estas motivações.

4.3 - Outros pedidos de esclarecimentos e outras proposições

Pedido de esclarecimento 4.3.1 - Motivo da exclusão do indicador previsto para utilizar demandas junto aos Procons.

Consideração da ANS ao pedido de esclarecimento 4.3.1 - Não foi possível incluir este indicador porque ainda não temos acesso ao banco de dados do SNDC. Continuamos interessados na elaboração deste indicador.

Pedido de esclarecimento 4.3.2 - Quanto a sanção judiciária, condições contratuais (cobertura, faixa etária, co-participação, remissão, urgência/ emergência, DLP), observação do CDC, pagamento das multas.

Consideração da ANS ao pedido de esclarecimento 4.3.2 - Aqui estão mencionados uma série de esclarecimentos que foram feitos na câmara técnica.

Proposição 4.3.1 – Sugere-se para próximas fases indicadores que considerem processos de acreditação de operadoras e prestadores, bem como investimento das operadoras em responsabilidade social, cultural e desenvolvimento sustentável.

Consideração da ANS à proposição 4.3.1 – Considera-se um boa sugestão, sendo necessário aguardar novas definições a respeito do assunto.

Proposição 4.3.2 - Divulgação das operadoras multadas, motivos e aplicação dos recursos das multas em capacitação dos consumidores em projetos aprovados pela ANS.

Consideração da ANS à proposição 4.3.2 - Entende-se que a finalidade de se construir índices foi precisamente esta, a de divulgar desempenhos de operadoras em diversos aspectos. Caso o interesse seja em desagregar mais o indicador quantos aos tipos de infração, consideramos válida a proposição. No entanto, consideramos de maior valor no momento obter a visão global do fenômeno, o que não impede a análise pormenorizada com este nível de agregação.

Proposição 4.3.3 – Sugere-se para próximas fases indicadores que considerem pesquisas nacionais e diretas de satisfação dos beneficiários com as operadoras.

Consideração da ANS à proposição 4.3.3 - A sugestão será analisada.