

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 3ª REGIÃO

DIVISÃO DO PRÓ-SOCIAL

SUBSECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL

Cargo- *Analista judiciário- Medicina; Função- Diretora da Divisão do Pró-social*

Email- rtglezer@trf3.jus.br

Nome do trabalho- *Gestão da Assistência à Saúde com Ênfase na Qualidade, Efetividade e Resolubilidade*

Autora e apresentadora- *Rosely Timoner Glezer*

Co-autores: *Alberto José Niituma Ogata; Lorenzo Giuseppe Franzero; Marli Josefina Holanda; Aparecida Keiko Matsumoto Okamoto; Aloizio Quirino Alves; Fátima Agostinho da Graça Félix; Renata Elpídio de Oliveira; Denise Cássia da Silva Gomes; Luiz Alberti Junior e Célia Regina Martins.*

Delimitação da ação: *Gestão integral do contrato do plano de assistência médica-hospitalar com interface com a auto-gestão em saúde integral (psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e nutrição), objetivando a qualidade dos serviços prestados, gerenciamento de custos, promoção de saúde e gerenciamento de patologias crônicas, possibilitando uma assistência à saúde de qualidade a todos os servidores e dependentes que optaram pela adesão ao plano de saúde contratado pela Justiça Federal da 3ª Região.*

Objetivos e metas: *Viabilização da assistência à saúde mediante orçamento pré-estabelecido, através de contratos com melhor custo-benefício, garantindo maior adesão e satisfação dos servidores, redução da morbidade na instituição, investimento na educação e promoção da saúde e qualidade de vida.*

Desenvolvimento do trabalho

A gestão do plano de assistência médica, hospitalar, odontológica e de saúde integral, da Justiça Federal da 3ª Região é realizada pela Divisão de Benefícios do Tribunal Regional Federal da 3ª Região, a qual encontra-se subordinada à Subsecretaria de Assistência Médica e Social. Tal atividade é atualmente desenvolvida por uma gestora da área médica com formação em administração em saúde e auditoria médica, uma vez que a posse de conhecimento profissional específico facilita a compreensão das peculiaridades do atendimento e o relacionamento próximo com as áreas de auditoria e gestão das operadoras de planos de saúde, possibilitando a intermediação de todas as demandas técnicas e administrativas entre os servidores, operadora de planos de saúde e áreas administrativas da instituição.

Até o ano de 1.998, a Terceira Região contava com um plano de auto-gestão voltada à assistência médica-hospitalar, situação esta que se tornou progressivamente inviável, tendo em vista o incremento no número de beneficiários e a reduzida disponibilidade de profissionais para compor a equipe de gestão e auditoria, culminando na impossibilidade de realização de auditoria externa das internações hospitalares e no prejuízo do controle de custos e análise das contas médicas.

Optou-se, então, pela contratação através de licitação, de uma empresa operadora de planos de saúde mediante o sistema de pós-pagamento, com co-participação de 15% e taxa de administração para todas as categorias de atendimentos realizados. Apesar da empresa vencedora tratar-se de seguradora de padrão reconhecido, gerando satisfação com relação ao atendimento, o contrato provou-se de baixa efetividade para a instituição, tendo em vista a imprevisibilidade dos gastos, gerando importante déficit orçamentário por ocasião das internações prolongadas de alto custo e impingindo aos beneficiários obrigações de ressarcimento de altos valores por longos períodos.

A partir de 1.998, promoveu-se uma licitação para contratação de empresa a custo mensal per capita, mediante o pré-pagamento, para atendimento aos servidores da capital, para a qual foi classificada uma seguradora e contratou-se, através de inexigibilidade, uma cooperativa médica para atendimento aos servidores lotados no interior do estado.

Tendo em vista a inadmissibilidade de manutenção da contratação por inexigibilidade para os servidores do interior por período superior a cinco anos e o término do contrato com a seguradora, em 2.003 foi realizada nova licitação, para atendimento tanto aos beneficiários da capital quanto os do interior do estado. Consagrou-se vencedora a mesma seguradora que prestara serviços no quinquênio anterior, porém com o compromisso do atendimento a toda a população da Terceira Região do Estado de São Paulo. Apesar do comprometimento da seguradora neste sentido, tal situação foi altamente prejudicada pela resistência da cooperativa que dominava o atendimento médico no interior do estado, fato que gerou insatisfação importante por parte dos beneficiários do interior e a demanda por soluções alternativas.

Identificação do problema

Trata-se da demanda de oferecer atendimento médico hospitalar a uma população de 12.000 beneficiários, distribuídos entre diversos fóruns da capital do Estado de São Paulo e 37 cidades do interior do estado, garantindo o atendimento integral à saúde, com qualidade, eficiência e efetividade, diante da limitação orçamentária imposta pela Lei de Diretrizes Orçamentárias, através do custo fixo per capita inalterado há mais de cinco anos e inflação progressiva na área da saúde.

Ademais, impunha-se a garantia de atendimento em todas as especialidades médicas, para todas as cidades do interior onde estivessem estabelecidos fóruns federais, algumas de pequeno e médio porte, de acordo com

os parâmetros estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com menos de 100.000 e entre 100.000 e 300.000 habitantes, apesar do monopólio de atendimento imposto aos profissionais por uma empresa operadora de planos de saúde, que impedia o estabelecimento de recursos de outras operadoras em diversas cidades do interior do estado.

Acrescido ao exposto, apresentou-se a problemática da transição do atendimento por seguradora de planos de saúde para medicina de grupo, operadoras estas com diretrizes divergentes, gerando manifestações iniciais de descontentamento dentre os servidores, habituados à maior liberalidade das seguradoras, que passaram a ser submetidos à gestão mais rígida estabelecida pela medicina de grupo.

A meta estabelecida foi de, através de uma gestão responsável do contrato e relação de proximidade, tanto com os gestores da operadora como com os usuários do plano, manter a confiança e satisfação dos beneficiários, além da eficácia e efetividade na atenção à saúde frente ao novo plano contratado, atendo-se ao limitado orçamento disponibilizado para a assistência à saúde.

Métodos e técnicas adotadas no desenvolvimento das ações

Inicialmente, para maior compreensão da problemática, procedeu-se à visitação, por médico e enfermeiro da Justiça Federal, acompanhados por gestor médico da operadora contratada em 2.003, a todas as cidades do interior que possuíam fóruns, para análise qualitativa e quantitativa dos recursos hospitalares credenciados, legitimada através de protocolo referendado pelo programa CQH (Compromisso de Qualidade Hospitalar), além da realização de reunião em cada localidade com todos os beneficiários do plano, para coleta de sugestões e demandas e posterior acompanhamento dos encaminhamentos efetuados pela operadora para solução de cada questão apresentada.

Verificou-se, na ocasião, importante deficiência de recursos, tanto do ponto de vista qualitativo quanto quantitativo em determinadas localidades, concluindo-se pela determinação à operadora que efetuasse o reembolso integral de todos os atendimentos para os quais a empresa não oferecesse recursos credenciados de qualidade comprovada até o término do contrato vigente.

A partir de então, elaborou-se novo edital, com dois sub-itens, considerando-se isoladamente o atendimento aos beneficiários da capital e grande São Paulo e aos beneficiários do interior do estado.

Neste pleito, ocorrido em 2.008, foram adjudicadas as contratações de duas operadoras, ambas com atendimento em âmbito nacional, qual sejam, uma cooperativa médica para atenção aos beneficiários do interior e uma medicina do grupo para atendimento na capital e grande São Paulo.

Uma vez que as práticas gerenciais das seguradoras de planos de saúde e as medicinas de grupo permeiam-se em diretrizes divergentes, a transição gerou inicialmente inúmeras manifestações contestatórias dentre os servidores, ante uma confrontação da cultura de medicinas de grupo com a de uma população amplamente habituada à livre-escolha. Dentre as divergências de gestão, apresentamos a seguir as mais significativas, mormente com relação às duas empresas que prestaram serviços à instituição :

- Seguradora

- Garantia de maior valor de reembolso;
- Liberação do atendimento através de livre-escolha;
- Práticas de gestão menos rígidas;
- Tecnologia de informação menos precisa;
- Prática de relacionamento com os médicos- profissionais referenciados;

- Credenciamento integral de recursos;
- Ausência de recursos próprios.

- Medicina de grupo

- Limitação dos valores de reembolso;
- Direcionamento do atendimento para rede credenciada;
- Gestão através de protocolos rígidos;
- Tecnologia de informação de alta performance, permitindo acesso constante aos dados de utilização do plano pelo gestor médico;
- Prática de relacionamento com os médicos- profissionais credenciados;
- Credenciamento parcial de recursos, optando por contratar hospitais apenas para internações, direcionando o atendimento ambulatorial para recursos externos;
- Posse e priorização de serviços próprios para atendimento.

Frente ao objetivo de impedir que empresas com práticas não éticas ou qualidade técnica questionável se fizessem vencedoras, buscou-se a elaboração de um edital que abarcasse a mais ampla cobertura e que impedisse falhas que haviam sido percebidas durante a vigência dos contratos anteriores, visando ainda uma rede credenciada de alta confiabilidade para os pacientes e profissionais de saúde, através das seguintes exigências:

- Cobertura de todos os exames e procedimentos necessários para todas as patologias discriminadas no CID-10, independente de constarem do Rol de procedimentos da ANS;
- Cobertura de todos os tipos de transplantes;
- Cobertura de procedimentos odontológicos que demandam internação;

- Cobertura de quimioterapia e radioterapia, a nível hospitalar e ambulatorial;
- Impedimento de direcionamento para recursos próprios da operadora;
- Disponibilização de profissionais da operadora para contato administrativo e técnico, para intermediação de todas as situações com o gestor médico do TRF;
- Disponibilização de médicos e auxiliares de enfermagem contratados pela operadora para prestação de serviços nos ambulatórios do TRF e JF;
- Credenciamento de ao menos quatorze hospitais dentre um listagem de vinte e oito recursos propostos;
- Envio de relatórios mensais para o gestor médico do TRF, com a totalidade da utilização do plano;
- Envio de cópias discriminadas das faturas de internação de valor superior a R\$10.000,00, para auditoria do gestor médico do TRF;
- Disponibilização postos de atendimento da empresa no TRF e na JF, durante todo o horário de expediente, para liberação de guias e atendimento aos beneficiários;
- Envio de planilhas diárias das internações para o gestor médico do TRF.

Com o intuito de garantir a manutenção da qualidade do atendimento, no mesmo nível de satisfação gerada pela seguradora, tratou-se de estabelecer uma gestão rígida do contrato, através dos seguintes procedimentos:

- Acompanhamento continuado de todos os pacientes portadores de patologias graves que se encontravam em tratamento específico, garantindo a continuidade de sua assistência, inclusive com seu médico assistente, através de discussões técnicas dos casos com a área de gestão médica da operadora;

- Contato próximo do gestor médico com todos os beneficiários do TRF, para intermediação de todas as demandas que estes considerassem não cumpridas pela operadora;
- Ampla divulgação através da rede interna de todos os serviços oferecidos pela operadora;
- Acompanhamento de todos os casos de maior gravidade, com auxílio do serviço social do ambulatório médico do TRF;
- Monitoramento diário das internações e demais registros no sistema de gestão da operadora;
- Conferência contínua dos procedimentos autorizados e das faturas de maior custo;
- Discussão com a área de auditoria da operadora de todas as negativas de cobertura.

Tratou-se ainda de monitorar todos os indícios de inconformidade do atendimento, através das seguintes abordagens:

- Número elevado de consultas de um paciente na mesma especialidade- acompanhamento para busca de patologias crônicas, complexas quanto ao diagnóstico ou tratamento ou necessidade de abordagem na área de saúde mental;
- Internações por patologias graves, tais como neoplasias, doenças infecto-contagiosas ou crônicas- acompanhamento da evolução e monitoramos dos casos pelos médicos e assistentes sociais do TRF;
- Busca freqüente de atendimento em pronto-socorro por determinado paciente- esclarecimentos acerca da melhoria da qualidade e da resolubilidade em atendimentos realizados em nível ambulatorial;
- Internações prolongadas, que ultrapassaram o período previsto para a evolução normal da patologia que gerou a internação- monitoramento de patologias crônicas, complicações clínicas ou deficiências no atendimento;

- Reintervenções cirúrgicas- monitoramento de complicações da patologia ou deficiências no atendimento.

Com o intuito de promover a continuidade da assistência à saúde, apesar da limitação orçamentária que, apesar dos custos crescentes da assistência médica motivados pela incorporação intensiva de novas tecnologias, tratamentos de alta complexidade, materiais e medicamentos de alto custo e envelhecimento da população, mantém inalterado o valor de subsídio, decidiu-se pela contratação de operadora a custo fixo per capita, instituindo-se tabela de participação dos beneficiários no custeio do plano de acordo com a faixa salarial, tabela esta que é reajustada de acordo com as necessidades orçamentárias.

Resultados e benefícios

Mediante a contratação da cooperativa médica para atendimento aos beneficiários residentes no interior, houve um atendimento às expectativas e necessidades daqueles beneficiários, possibilitando a atenção em todas as especialidades médicas em todas as localidades. Contrapondo-se ao período em que esta esteve contratada através de inexigibilidade, quando a discussão técnica de diversas questões tornava-se dificultosa, atualmente este intercâmbio tem sido facilitado pelas regras impostas pela licitação.

Continuamente monitorada pela área de gestão técnica do TRF e limitada pelas exigências contratuais, a medicina de grupo, vencedora da licitação para a capital e grande São Paulo, adaptou-se gradualmente à cultura da instituição, liberando procedimentos ante discussões técnicas entre as áreas de auditoria da empresa e a área técnica da Terceira Região; incrementou sua rede credenciada, liberando o credenciamento integral de diversos hospitais de acordo com recomendação da área da saúde e passou a delegar maior poder de decisão aos representantes do plano no TRF e JF, agilizando a liberação de guias e a troca de informações, contribuindo assim para a otimização da solução de diversas questões.

Possibilitou, ainda, ao gestor técnico do TRF, amplo acesso ao sistema de informações das utilizações de seus beneficiários, garantindo o acompanhamento contínuo dos casos mais complexos e custosos e do fluxo do contrato, do ponto de vista de custos, qualidade e atendimento às demandas.

Através da constante intermediação entre as diversas áreas técnicas do TRF, seus servidores e a operadora, conduzindo as demandas dos servidores às áreas específicas do plano de saúde, buscando traduzir suas patologias, expectativas e necessidades do ponto de vista técnico, tem-se obtido alto índice de resolubilidade e atendimento às recomendações dos médicos assistentes, sem impacto significativo na sinistralidade do plano, mantendo-se o melhor custo-benefício e a manutenção dos gastos de acordo com o orçamento disponível .

A troca contínua de informações e um levantamento epidemiológico efetuado em toda a população de servidores da instituição forneceu, também subsídios para maior investimento em prevenção e promoção da saúde pelo TRF.

No decorrer do primeiro ano de contrato, houve um significativo incremento no nível de satisfação da população usuária do plano de saúde, tornando-se similar ao apresentado durante a vigência do contrato anterior com a seguradora. A agilização da solução das demandas e a possibilidade de ampla interação com o gestor do contrato gerou alto índice de confiança na operadora e áreas técnicas do TRF.

Ademais, os valores oferecidos pela empresa para agregados (pais e filhos maiores de 24 anos), inferiores aos planos similares disponíveis no mercado e a qualidade dos recursos credenciados, impactaram em adesão significativa por parte desta população, apesar do repasse integral dos custos para estes beneficiários. Ressalte-se que a adesão de pacientes com demanda reprimida por tratamento gerou alto índice de sinistralidade por ocasião do primeiro reajuste previsto no contrato para a carteira de agregados, índice que provavelmente se

reduzirá com o controle e tratamento das patologias crônicas, sendo ainda inferior ao cobrado pelos demais planos de saúde da mesma categoria para a faixa etária.

No período de 14 meses desde o início do contrato atual, verificaram-se os seguintes dados:

1) Indicador de satisfação dos beneficiários- neste período, houve um incremento de 3,82% no número de beneficiários do plano.

2) Indicador de insatisfação dos beneficiários- neste mesmo período, o índice de exclusões do plano foi de 3,18%, sendo que 85,29% das exclusões foram efetuados nos três primeiros meses de vigência do contrato, período de adaptação do plano frente ao contrato e à cultura da instituição.

3) A correlação entre novas inclusões e exclusões mostrou-se positiva, à proporção de 1,79/1. Apesar da possibilidade oferecida aos servidores e dependentes de optarem pelo reembolso do auxílio-saúde, valor mensal fixo para aqueles que aderirem a plano alternativo privado, nota-se a preferência da população em filiar-se ao plano contratado.

4) O índice de adesão ao plano pelos servidores e dependentes do Tribunal, em agosto de 2.009, é de 80,31%, ligeiramente superior ao apresentado durante o contrato anterior a junho de 2.008, com a seguradora, que se manteve em 79,09%, sugerindo nível de satisfação dos beneficiários similar em ambos os contratos.

5) Taxa de adesão de agregados (pais e filhos maiores de 24 anos)- a relação entre os agregados do plano atual e do anterior é de 5,16, levando à inferência de que o atual deve atender adequadamente às expectativas dos servidores para a assistência de seus pais e filhos maiores de 24 anos.

Dados estatísticos

1) Indicador de satisfação dos beneficiários (servidores e dependentes) com a operadora atual (S)

$$S = (n_2 - n_1)/n_1 = 7.762 - 7.476/7.476 = + 3,82\%$$

n_1 - número total de beneficiários ao início do contrato (junho/2008); n_2 - número total de beneficiários após 14 meses do início do contrato (agosto/2009)

2) Indicador de insatisfação com relação ao plano oferecido (I)

$$I = x_1/n_1 = 238/ 7.476 = 3,18\%$$

x_1 = número de solicitações de exclusão do contrato em 14 meses

3) Correlação entre novas inclusões e exclusões do plano (C)

$$C = I/E = 427/238 = 1,79$$

4) Índice de adesão ao plano atual no Tribunal (A_1)

$$A_1 = b_1/p_1 = 3.655/ 4.551 = 80,31\%$$

b = número servidores e dependentes do Tribunal que beneficiários do plano contratado ; p = população total de servidores e dependentes do Tribunal

5) Índice de adesão ao plano anterior no Tribunal (A_2)

$$A_2 = b_2/p_2 = 3.606/ 4.559 = 79,09\%$$

6) Taxa de adesão de agregados (A_g)

$$A_g = A_2/A_1 = 630/ 122 = 5,16$$

A_1 - número de agregados no plano da empresa contratada no período 2.003 a 2.008;
 A_2 - número de agregados beneficiários do contrato atual

Conclusão

A busca progressiva de uma solução que possibilitasse o atendimento a toda a população de servidores e seus dependentes distribuída em localidades a distâncias variadas da capital e portadoras de recursos os mais diversos, levou à decisão estratégica da realização de licitação para contratação de operadoras distintas para a capital e interior do estado de São Paulo. Tal fato foi motivado pela intensa dificuldade da maioria das operadoras de planos de saúde em oferecer recursos credenciados em todas as regiões do interior do estado e foi solucionado pela licitação por sub-itens, motivando satisfação por parte dos usuários daquelas localidades.

A gestão médica da área de benefícios com ênfase no gerenciamento do contrato do plano de assistência médico-hospitalar e do plano de saúde integral, voltadas à qualidade no atendimento, promoção de saúde e busca da melhor relação custo-benefício, contribuiu para um elevado índice de satisfação e confiança dentre a população da Justiça Federal da 3ª Região, motivados pela proximidade da área gestora da instituição com o público usuário e com as áreas técnicas e administrativas da operadora de planos de saúde contratada, permitindo a otimização e agilização das decisões, liberações e procedimentos da parte da operadora.

Ademais, tal intermediação mostrou-se fundamental no sentido de particularizar as necessidades clínicas de cada paciente da instituição para os gestores e auditores da operadora, habituados a avaliar os casos como números dentro da carteira global de beneficiários e a atuar frente ao cumprimento estrito de protocolos de atendimento, sem considerar as condutas e decisões individuais dos médicos assistentes.

A atuação pró-ativa, baseada no controle continuado das faturas, internações e utilizações em geral permitiu um contato mais próximo com os

pacientes, possibilitando orientações nos vários níveis da assistência médica oferecida e atendimento à maioria das questões geradas na busca de tratamento.

A intermediação da médica gestora e da equipe de saúde da instituição, através do conhecimento dos dados epidemiológicos e da morbidade da população atendida, tem possibilitado a implementação de programas de promoção de saúde e prevenção primária e secundária na instituição, programas estes que têm contribuído para uma redução no nível de adoecimento e melhoria da qualidade de vida da população de servidores.

O fluxo de comunicação entre a operadora e a contratante tem possibilitado, ainda, a mixagem entre a cultura do TRF e a da empresa, gerando soluções de comum acordo para as diversas demandas que têm surgido durante a vigência do contrato.

Até o momento, percebe-se que a gestão técnica tem gerado uma relação de confiança da parte dos servidores, que reconhecem a possibilidade de buscar a intermediação para solução de eventuais conflitos com a operadora e o apoio em momentos de necessidade de acompanhamento e esclarecimentos técnicos ou administrativos relativos à assistência à saúde. Novos estudos, com a inclusão de novos indicadores, deverão ser realizados no decorrer do contrato vigente, para verificação da manutenção ou não dos aspectos constatados até a presente data.

Rosely Timoner Glezer

Diretora-médica da Divisão de Benefícios do TRF da 3ª Região

