

Gerenciamento de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde

***Atendimento aos Usuários, Controle
dos Custos Operacionais e Efetividade
e Qualidade dos Serviços***

Horacio L.N. Cata Preta

Gerenciamento de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde

*Atendimento aos Usuários, Controle
dos Custos Operacionais e Efetividade
e Qualidade dos Serviços*



Rio de Janeiro - Brasil



Madrid - España

2004

Introdução e Agradecimento Especial

A idéia de elaborar um estudo sobre gerenciamento de operadoras de planos privados de assistência à saúde, com foco no gerenciamento dos atendimentos aos usuários, surgiu em 2000, fruto do contato com alunos nas aulas do curso de MBA Gerência de Saúde da FGV/RJ e da ausência de literatura técnica sobre o tema, em português.

O mercado de saúde suplementar, recém regulamentado pela Lei nº 9.656, de 3/06/1998 e as sucessivas Medidas Provisórias, encontrava-se em pleno período de ajustamento; a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar iniciava suas atividades e as fontes de consulta sobre as questões técnicas de gerenciamento, em sua quase totalidade, eram oriundas de universidades e livros norte-americanos, que apresentavam uma realidade muito diferente da existente no Brasil.

Uma espécie de manual operacional para as atividades de uma operadora de planos privados de assistência à saúde era algo constante nas conversas com alunos e diretores de operadoras de planos de saúde. Qual a melhor forma de estruturar a organização e gerenciar as operações? – era a pergunta mais freqüente.

A partir daí, a tarefa de coletar dados e organizar um roteiro coerente para a elaboração de um trabalho preliminar foi se consolidando e tomando forma com vigor.

A divulgação do Programa de Bolsas de Estudos 2000/2001, da Fundación Mapfre Estudios, foi o caminho para viabilizar a idéia.

Preparado e apresentado o projeto à Fundación MAPFRE Estudios, foi o mesmo aprovado e imediatamente posto em ação. Foram meses de leitura para a construção do arcabouço definitivo.

O objetivo central do estudo visa proporcionar uma visão ampla e estratégica das operações que rotineiramente ocorrem em uma operadora de planos de saúde e a atenção especial que seus administradores devem proporcionar ao gerenciamento dos atendimentos aos usuários, dentro de princípios éticos e de acordo com as normas legais.

A experiência adquirida na direção de uma grande operadora de planos privados de saúde e a convivência com renomados profissionais do mercado de saúde suplementar, associadas ao trabalho acadêmico, visitas a operadoras e estabelecimentos de saúde no Brasil, no exterior e pesquisas na literatura técnica de países que já atingiram um estágio de desenvolvimento e amadurecimento nessa matéria, permitiram-me traçar um roteiro objetivo para a construção da espinha dorsal do projeto, cujo foco principal é o gerenciamento dos atendimentos aos usuários dos planos de saúde, a efetividade e a qualidade dos serviços de saúde.



Gerenciando Estrategicamente os Atendimentos aos Usuários

OBJETIVOS E CONCEITOS

Objetivos Principais

O objetivo central do gerenciamento dos atendimentos aos usuários é a administração dos recursos financeiros disponíveis de forma equilibrada, o controle e a racionalização dos custos para que seja possível o fornecimento de atendimento efetivo e com qualidade aos usuários dos serviços.

O prestador do serviço deve ser remunerado adequadamente, dentro de padrões previamente ajustados, com regras objetivas e transparentes.

A operadora de plano ou seguro saúde deve ter resultado positivo nas suas operações, para que possa continuar investindo na entidade ou empresa, possibilitando a continuidade das suas atividades e beneficiando os usuários.

Premissas Fundamentais

São premissas fundamentais para o entendimento do Gerenciamento de Atendimentos aos Usuários:

- os usuários são a única razão de ser dos planos e seguros de saúde, pois são os que pagam as contas e, portanto, devem merecer atenção primordial sob todos os aspectos; eles merecem atendimento adequado, de acordo com a gravidade e seriedade de cada patologia ou lesão, com efetividade e qualidade na prestação do serviço, seja em estabelecimento próprio ou credenciado;
- os recursos administrados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde são sempre limitados e devem ser gerenciados de forma que todos os usuários possam ter acesso aos serviços quando deles necessitarem;

- é fundamental que haja uma efetiva aliança entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de saúde para que, juntos, possam proporcionar aos usuários de planos de saúde serviços de assistência médica, com qualidade e efetividade de tratamento, ao menor custo possível;
- o regime de pagamento aos prestadores de serviços de saúde deve basear-se em valores fixos, substituindo-se a remuneração variável, calculada em função da quantidade de procedimentos executados (*fee-for-service*);
- o sistema de pagamento de bases fixas apóia-se em:
 - contratos de pacotes de serviços ambulatoriais e hospitalares, preferencialmente estruturados em cima de protocolos clínicos;
 - contratos tipo diária fixa por paciente;
 - contratos de capitação, cuja base de cálculo é uma taxa *per capita* por usuário incluída na relação de clientes a serem atendidos;
- sistemas de verificação da qualidade dos serviços prestados aos usuários devem ser implementados, utilizando-se auditorias periódicas nos hospitais e demais estabelecimentos de serviços de saúde e observando-se a forma de atendimento aos usuários;
- relação custo – efetividade que deve presidir todas as relações das operadoras com os prestadores de serviços de saúde e destes com os usuários;
- a operadora de planos privados de assistência à saúde, ao assumir os riscos de um contrato, seja com uma pessoa física ou com uma pessoa jurídica, neste caso em favor de seus empregados e diretores ou membros de uma associação ou sindicato, obriga-se a cumprir uma série de normas estabelecidas na legislação e nas normas suplementares editadas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, sujeitando-se à sua fiscalização e expondo-se às penalidades definidas na lei;
- qualquer desequilíbrio técnico-atuarial ou econômico-financeiro pode desencadear sérios problemas para a operadora junto aos prestadores de serviços de saúde e aos usuários dos planos de saúde;
- a fixação do preço do plano – individual ou coletivo - deve considerar todos os aspectos técnico-atuariais, demográficos e epidemiológicos disponíveis;
- os atendimentos aos idosos deve ser objeto de planejamento especial, em face das normas previstas no Estatuto do Idoso e dos índices de utilização desse grupo etário.

Metas Operacionais

O Gerenciamento dos Atendimentos busca a manutenção da saúde dos usuários dos planos e seguros de saúde da operadora, ao menor custo possível, com qualidade e efetividade nos procedimentos ambulatoriais e hospitalares e nas ações de prevenção e promoção de saúde.

A obtenção desses objetivos exige que o foco do gerenciamento seja sobre quatro atividades fundamentais:

- atenção curativa;
- promoção da saúde;
- prevenção de enfermidades;
- cuidados com idosos.

É preciso que haja foco absoluto no cliente usuário, pois ele é a única razão de ser do plano ou seguro de saúde.

Além disso, devem ser consideradas as seguintes ações estratégicas:

- programas de medicina preventiva e holística;
- gerenciamento do risco da saúde e da qualidade dos serviços;
- atuação primária sobre o usuário, visando a identificação de doenças e lesões e sua eliminação ou controle;
- possibilitar o acesso a múltiplos serviços ambulatoriais e de exames de diagnose;
- educação de usuários quanto à utilização dos serviços médicos e conhecimento dos custos relacionados;
- premiação por ações de prevenção adotadas pelos usuários;
- pesquisas de satisfação.

O gerenciamento da assistência médica não deve ser utilizado para racionar os atendimentos, o que terminaria por agravar as patologias dos usuários e aumentar os custos com internações e tratamentos.

A ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da Resolução CONSU nº 8, de 03/11/1998, permite que sejam utilizadas determinadas ferramentas gerenciais denominadas “mecanismos de regulação”, que englobam os fatores moderadores – franquia e co-participação, a porta de entrada e a rede restrita.

As operadoras, que comercializarem planos com esses mecanismos de regulação, deverão dar prévia ciência ao futuro cliente usuário, que por sua vez deverá concordar expressamente com os mesmos, mediante declaração escrita.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SAÚDE

O relatório “A Saúde no Brasil” – 2000, elaborado pela Representação da OPAS/OMS no Brasil, analisa os diversos grupos populacionais e tipos de doenças ou agravos e contém informações estatísticas que são autênticos indicadores para a construção de um Programa de Gerenciamento de Atendimentos destinado aos usuários da operadora de planos de saúde.

Embora o estudo tenha sido conduzido sobre dados do Sistema Único de Saúde – SUS, é plenamente aplicável ao universo de usuários do Sistema Suplementar de Saúde, pois a maior parte desses usuários vive e convive no mesmo ambiente dos que utilizam o sistema estatal de assistência médica, não havendo, pois, discrepâncias significativas na organização do foco assistencial.

Os seguintes grupos populacionais e tipos de doenças ou agravos são mencionados:

I. Grupos populacionais:

1. crianças em fase pré-escolar (menor de 5 anos);
2. crianças em fase escolar (5-9 anos);
3. adolescentes (10-19 anos);
4. adultos (15-60 anos);
5. idosos (60 anos e mais);
6. trabalhadores em geral – acidentes do trabalho;
7. deficientes;
8. população indígena;
9. população negra.

II. Tipos de Doenças e Agravos:

1. doenças transmissíveis por vetores:
 - a. malária;
 - b. febre amarela urbana;
 - c. febre amarela silvestre;
 - d. dengue – clássica e hemorrágica;
 - e. doença de chagas;
 - f. esquistossomose;
 - g. leishmaniose;
 - h. filariose linfática;
 - i. oncocercose.
2. Doenças imunopreveníveis:
 - a. poliomielite;
 - b. sarampo;
 - c. tétano neonatal;
 - d. tétano – outras formas;
 - e. difteria;
 - f. coqueluche.

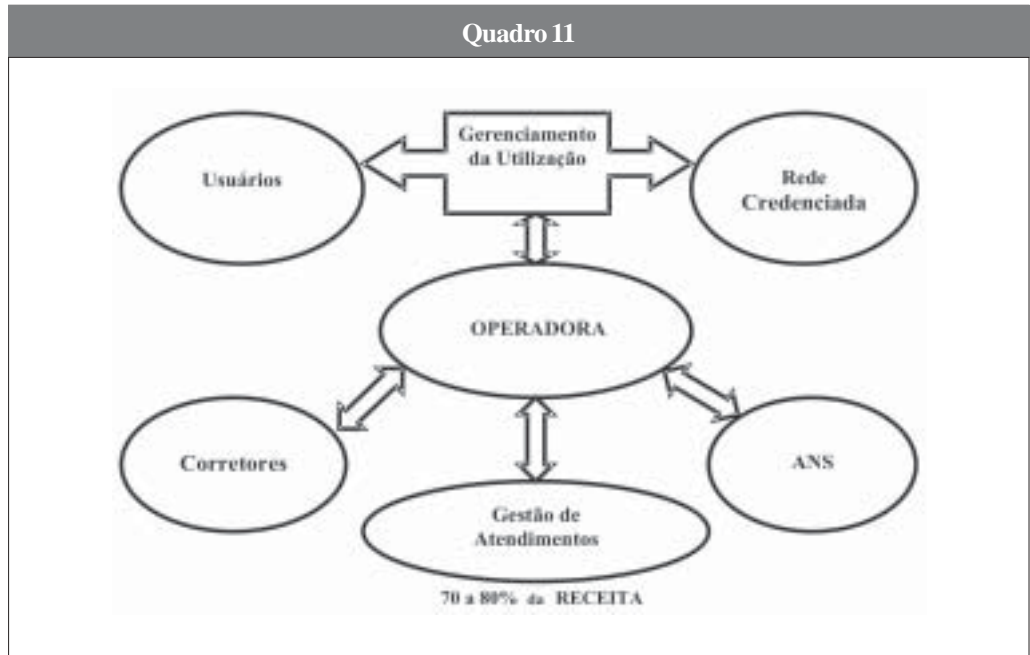
3. Cólera e doenças infecciosas intestinais:
 - a. cólera;
 - b. diarreia.
4. Doenças crônicas transmissíveis:
 - a. tuberculose;
 - b. hanseníase.
5. Infecções respiratórias agudas e pneumonias.
6. Raiva e outras zoonoses:
 - a. raiva humana;
 - b. leptospirose humana;
 - c. teníase/cisticercose;
 - d. hidatidose humana;
 - e. acidentes produzidos por ofídios, escorpiões e aracnídeos.
7. Síndrome de imunodeficiência adquirida – AIDS.
8. Doenças de transmissão sexual:
 - a. uretrite não gonocócica;
 - b. sífilis adquirida;
 - c. sífilis congênita;
 - d. gonorréia;
 - e. condiloma acuminado;
 - f. cancro mole;
 - g. linfogranuloma venéreo;
 - h. granuloma inguinal;
 - i. oftalmia gonocócica.
9. Doenças emergentes e reemergentes:
 - a. meningite – várias causas;
 - b. hepatites virais;
 - c. encefalites – provocadas por vírus Rocio;
 - d. septicemias – provocadas por vírus Hanta;
10. Doenças não transmissíveis e outros problemas relacionados à saúde:
 - a. doenças nutricionais e do metabolismo – menores de 5 anos;
 - b. hipovitaminose A;
 - c. bócio endêmico;
 - d. anemia ferropriva;
 - e. aleitamento materno;
 - f. diabetes *mellitus*;
 - g. diabetes gestacional.

11. Doenças do aparelho circulatório:
 - a. doenças cerebrovasculares;
 - b. doenças isquêmicas do coração;
 - c. hipertensão arterial;
12. Tumores malignos (neoplasias malignas):
 - a. mama;
 - b. colo uterino;
 - c. estômago;
 - d. pulmão;
 - e. cólon e reto;
 - f. próstata.
13. Acidentes e Violências (causas externas):
 - a. ferimentos por arma de fogo;
 - b. acidentes de trânsito;
 - c. emergências tóxicas – intoxicações e envenenamentos.
14. Transtornos mentais e do comportamento:
 - a. neuroses – ansiedades e fobias;
 - b. depressão não psicótica;
 - c. psicoses;
 - d. alcoolismo;
 - e. consumo de drogas;
 - f. tabagismo.
15. Saúde oral:
 - a. cáries dentais;
 - b. correções ortodônticas;
 - c. próteses.

GERENCIANDO A UTILIZAÇÃO

Entre 70% a 80% das receitas das operadoras de planos privados de saúde são gastos com assistência médica e hospitalar. O grande desafio é gerenciar os recursos financeiros disponíveis e os serviços de assistência à saúde, de forma que os clientes usuários fiquem satisfeitos com os atendimentos, os prestadores de serviços com a remuneração recebida e a operadora com o resultado obtido.

Visão Geral do Sistema de Gestão de um Plano de Saúde



PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE ATENDIMENTOS AOS USUÁRIOS

A operadora, ao estruturar o Programa de Gerenciamento de Atendimentos aos Usuários, deve ter como foco principal a efetividade e a qualidade dos serviços de saúde que serão prestados e o equilíbrio técnico e econômico-financeiro do plano ou seguro de saúde.

Objetivos operacionais também podem ser fixados para norteamento do programa, como por exemplo:

- diminuir as internações hospitalares;
- aumentar a densidade tecnológica dos ambulatorios;
- introduzir atendimentos ambulatoriais baseados em protocolos clínicos;
- instituir e manter portas de entrada altamente qualificadas;
- intensificar as medidas preventivas e promocionais;
- introduzir formas de mensuração dos efeitos produzidos pelas medidas preventivas e promocionais de saúde;
- adquirir pacotes de serviços com protocolos clínicos;
- avaliar a qualidade e a efetividade dos serviços prestados;

- estabelecer parâmetros de qualidade e de efetividade para os tratamentos;
- identificar os pacientes portadores de lesões ou patologias crônicas;
- introduzir programa de distribuição de medicamentos.

Programa de Gerenciamento de Doentes Crônicos

O Programa de Gerenciamento de Doentes Crônicos é o que apresenta melhores resultados em curto prazo e possibilita um bom relacionamento com os usuários, porém necessita ser corretamente estruturado, tanto sob aspecto financeiro, quanto a sua logística, pois determinadas patologias exigem a entrega de medicamentos e nem sempre tal serviço consegue ser disponibilizado ou executado pela operadora.

Este programa compreende diversos subprogramas, que podem ser organizados segundo a patologia, idade, sexo ou complexidade dos casos, atendendo aos seguintes grupos:

- diabéticos;
- hipertensos;
- cardiopatas;
- nefropatas;
- outras patologias importantes e/ou de alto custo que forem identificadas.

A estruturação do Programa de Gerenciamento de Crônicos deve ser efetuada com base nos seguintes pontos:

- identificação dos pacientes crônicos, utilizando-se de todas as formas possíveis e legais;
- contratação de clínicas especializadas para realização dos atendimentos;
- elaboração de protocolos clínicos para atendimento ambulatorial desses pacientes;
- adesão dos pacientes ao programa;
- controle da saúde dos pacientes, incluindo avaliação periódica dos hábitos de vida;
- ações preventivas e/ou promocionais visando a manutenção da saúde;
- avaliação e mensuração dos resultados.

A identificação dos pacientes crônicos pode ser realizada através do cadastro dos usuários ou de outros programas ou sistemas que tiverem sido implantados pela operadora, como por exemplo, a concessão de descontos nas farmácias e drogarias, que permite conhecer os consumidores de determinados tipos de medicamentos e classificá-los nos grupos de crônicos.

A contratação de clínicas especializadas e a introdução de protocolos clínicos possibilita, simultaneamente, o controle da qualidade dos atendimentos e da efetividade dos tratamentos, que serão avaliados estatisticamente.

A adesão dos pacientes ao programa deve ser feita através de campanhas promocionais de valorização da qualidade de vida e da importância da manutenção de boas condições vitais, evitando-se dessa forma internações e outras conseqüências ocasionadas pelo desenvolvimento sem controle da doença.

O controle da saúde dos pacientes e dos seus hábitos de vida é realizado através de enfermeiras e assistentes sociais que se reúnem periodicamente com os grupos e efetuam verificações e monitoramentos determinados pelos protocolos clínicos.


Além desses procedimentos, os pacientes deverão comparecer periodicamente às clínicas especializadas para exames clínicos e outros que forem julgados necessários, a critério do médico assistente.

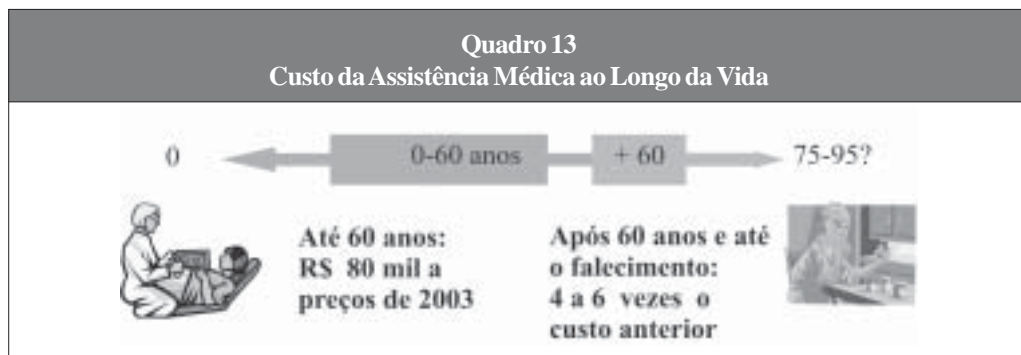
A operadora deve organizar ações preventivas, inclusive vacinações contra doenças transmissíveis, para manter os pacientes crônicos hígidos, evitando a evolução das patologias ou lesões de que são portadores.

Sistemas de controle dos resultados devem ser implementados para que possam ser avaliadas as ações realizadas.

Estes sistemas de controle devem contemplar avaliações individuais e de cada grupo de pacientes portadores de mesma patologia. Essas avaliações objetivam medir os recursos investidos nos programas preventivos e os resultados obtidos, especialmente os relacionados com a redução de internações hospitalares, incidência de doenças e/ou lesões e melhoria da qualidade de vida.

Usuários com mais de 60 Anos – Distribuição Etária e Respective Custos com Assistência Médica e Hospitalar

Quadro 12 Distribuição Etária da População Brasileira e Participação nos Custos			
	0-19 anos	40,08%	} 60% dos custos
	20-39 anos	31,55%	
	40-59 anos	19,30%	
	60 ou + anos	9,06%	} 40% dos custos



Fonte: Operadoras.

Quadro 14
Usuários Segundo Vigência do Plano e Faixa Etária

Faixa Etária (Anos)	Quantidade			%		
	Planos Anteriores à Lei 9.656/98	Planos Posteriores à Lei 9.656/98	Total	Planos Anteriores à Lei 9.656/98	Planos Posteriores à Lei 9.656/98	Total
De 0 a 17	5.547.392	4.211.452	9.758.844	56,8	43,2	100,0
De 18 a 29	4.578.772	3.779.236	8.358.008	54,8	45,2	100,0
De 30 a 39	3.848.440	2.870.247	6.718.687	57,3	24,7	100,0
De 40 a 49	3.390.781	2.161.674	5.552.455	61,1	38,9	100,0
De 50 a 59	2.259.666	1.217.709	3.477.375	65,0	35,0	100,0
De 60 a 69	1.415.831	583.256	1.999.087	70,8	29,2	100,0
Acima de 70	1.324.119	559.924	1.884.043	70,3	29,7	100,0
Total	22.365.001	15.383.498	37.748.499	59,2	40,8	100,0

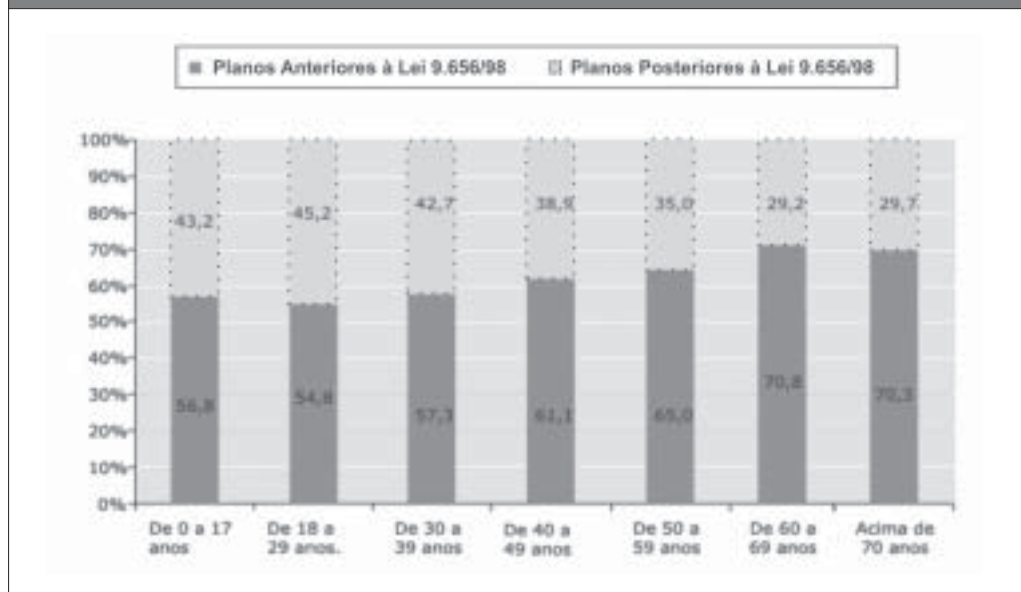
Fonte: Cadastro de Beneficiários – ANS – 10/2003.

Quadro 15
Usuários com Mais de 60 Anos

	Anteriores à Lei 9.656/98	Posteriores à Lei 9.656/98	Total	% em Relação ao Total de Beneficiários
De 60 a 69 anos	1.415.831	583.256	1.999.087	5,29
Acima de 70 anos	1.324.119	559.924	1.884.043	4,99
Total	2.739.950	1.143.180	3.883.130	10,15

Fonte: Cadastro de Beneficiários – ANS – 10/2003.

Quadro 16
Usuários Segundo Vigência do Plano e Faixa Etária



Fonte: Cadastro de Beneficiários – ANS – 10/2003.

Tabelas e gráficos elaborados por: GGSIS/DIDES/ANS.

Custo dos Atendimentos aos Idosos

Atualmente os idosos, isto é, os usuários com idades iguais ou superiores a 60 anos, representam 10,15% dos usuários de planos privados de saúde (Quadro 14). Isto significa 1 ponto percentual acima do perfil demográfico brasileiro ou 378.000 beneficiários/usuários, aproximadamente.

O custo médio anual de um usuário de plano ou seguro de saúde, com 60 anos ou mais, é da ordem de R\$ 1.977,79, enquanto que o custo médio anual dos usuários com menos de 60 anos é em torno de R\$ 340,17. Ou seja, às pessoas com mais de 60 anos são destinados recursos que representam 5,81 vezes os utilizados por pessoas das faixas etárias inferiores.

Essa utilização de atendimentos de assistência médico-hospitalar exige que as operadoras tenham recursos financeiros permanentemente provisionados e disponíveis.

Os novos planos e seguros de saúde, estruturados de acordo com estudos atuariais e estatísticos, devem prever provisões técnicas para o custeio dos atendimentos aos idosos, situação não existente nos planos anteriores à Lei nº 9.656/98, que não dispunham dessas reservas.

Provisões Técnicas para Atendimentos aos Idosos

O atendimento aos idosos, em todos os países do mundo, é objeto de programas e planejamento especial. No Brasil não poderá ser de forma diferente, se desejamos ter um Sistema Suplementar de Saúde eficiente e saudável.

A operadora deverá constituir uma Provisão Técnica para Atendimentos aos Idosos (+ 60 anos), mediante a acumulação de recursos provenientes de todos os planos ou seguros operados pela mesma e que terá como objetivo suportar perdas extraordinárias, sempre que a sinistralidade de uma determinada carteira ultrapassar o limite atuarial de 75% das contribuições ou prêmios.

Além dessa provisão, torna-se necessário, também, a constituição de uma Provisão para Eventos Catastróficos ou Extraordinários, destinada a cobrir perdas extraordinárias incorridas pelas operadoras com beneficiários das faixas etárias de idades iguais ou superiores a 60 anos, nas situações em que determinadas carteiras não puderem ser reestruturadas ou submetidas à revisão técnica e tiverem sua sinistralidade igual ou superior a 100%.

Essas Provisões Técnicas deverão ser cuidadosamente calculadas pelo atuário, levando-se em conta o perfil demográfico de cada carteira de plano ou seguro de saúde e, também, de todo o conjunto.

Esse cálculo deverá contemplar estudos epidemiológicos relacionados aos grupos existentes em cada carteira e estudos prospectivos, com simulações de eventos e custos.

A possibilidade de utilização de resseguro de *stop loss* também deverá ser considerada.

INFRA-ESTRUTURA BÁSICA E RECURSOS HUMANOS PARA SUPORTE DOS ATENDIMENTOS AOS USUÁRIOS

Os sistemas de gerenciamento de atendimentos aos usuários exigem infraestrutura mínima e recursos humanos qualificados para que a operadora possa atingir seus objetivos.

A infra-estrutura física mínima e os recursos humanos são representados por:

- redes de computadores, bancos de dados, programas especializados e outros recursos tecnológicos;
- central de atendimento telefônico ou *call center*;
- estabelecimentos de saúde próprios ou terceirizados para atendimento aos usuários em geral e aos doentes crônicos, em particular;

- central de análise e acompanhamento das internações domiciliares e dos pacientes submetidos à terapias de longa duração;
- conectividade com a rede credenciada, via Internet ou rede privada;
- veículos para locomoção;
- empresas especializadas para entrega de medicamentos nas residências dos usuários, quando for o caso;
- médicos e outros profissionais de saúde qualificados para atuação nos atendimentos ou no controle dos mesmos;
- equipes especializadas para a análise e avaliação de protocolos clínicos;
- auditores médicos;
- profissionais de outras áreas – economistas, administradores, atuários, advogados, engenheiros, arquitetos para atuação nos serviços de apoio e controle;
- treinamento permanente dos profissionais da área de saúde e do pessoal administrativo;
- centro de documentação e/ou biblioteca especializada.

O investimento em infra-estrutura e recursos humanos deve ser feito em função dos programas a serem implementados.