

# **FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS**

**CLIENTE EMPRESARIAL VERSUS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE  
É POSSÍVEL UMA RELAÇÃO HARMONIOSA?**

**ROSELY TIMONER GLEZER**

**TURMA DE SAÚDE GHS-3**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO PARA  
ATENDER A EXIGÊNCIA CURRICULAR DO MBA  
EXECUTIVO EM SAÚDE DA FUNDAÇÃO GETULIO  
VARGAS.**

**SÃO PAULO – SP**

**MARÇO/2011**

**CLIENTE EMPRESARIAL VERSUS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE  
É POSSÍVEL UMA RELAÇÃO HARMONIOSA?**

**POR ROSELY TIMONER GLEZER**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO APRESENTADO AO CURSO  
MBA EXECUTIVO EM SAÚDE  
PÓS- GRADUAÇÃO LATO SENSU, NÍVEL DE ESPECIALIZAÇÃO  
PROGRAMA FGV MANAGEMENT, DA FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS.**

**ORIENTADOR: PROF. JAMIL MOYSES FILHO**

**MARÇO/2011**

## RESUMO

O estudo trata das relações entre o Tribunal Regional Federal (cliente empresarial) e a Justiça Federal de 1º Grau e diversas categorias de operadoras de planos de saúde, contratadas através de licitação, desde 1990, do ponto de vista da área de gestão técnica da instituição, com ênfase em dois momentos: contratação de uma seguradora para cobertura da assistência à saúde em todo o estado de São Paulo, em 2003, abordando as dificuldades inerentes à garantia de cobertura no interior do estado, e a última alteração de planos, ocorrida em 2008, momento de sérios questionamentos e necessidade de mudança do nível de expectativas da população, habituada à assistência médica oferecida por uma seguradora, com práticas de gestão menos rígidas, frente à contratação de uma medicina de grupo, com filosofia de controles significativamente diversos.

Discorre, ainda, sobre a experiência da gestora na tentativa de integração das duas culturas, a dos beneficiários e a da operadora, sobre a busca de conciliação de interesses entre ambas as partes e analisa os resultados em relação à qualidade de assistência e satisfação da população, incluindo pesquisas de satisfação realizadas em dois momentos do contrato atual.

Descreve ainda o plano de auto-gestão oferecido pelo TRF, nas áreas de odontologia, saúde mental, fisioterapia na especialidade de Reeducação Postural Global (RPG), fonoaudiologia e nutrição, além de apresentar brevemente a atuação do TRF nas áreas de promoção e prevenção em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** ASSISTÊNCIA À SAÚDE; OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE; CLIENTE EMPRESARIA (CLIENTES CORPORATIVOS); QUALIDADE NO ATENDIMENTO À SAÚDE; GESTÃO TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

## ABSTRACT

The author describes the relationship between Tribunal Regional Federal da 3ª Região and Justiça Federal de 1º Grau, in S. Paulo, Brazil, (corporate clients) and different kinds of health care plans, since 1990, by agreements settled by public concurrence, in the vision of an institution health manager. Two moments are emphasized: 2003, when the contracted health care plan was due to assist the whole estate, presenting its difficulties to offer complete assistance to the countryside and the last contract changes, in 2008, when clients contested the concurrence results, which demanded the alteration of their expectations, as they were used to a health insurance company, which presented less restriction to their demands and were now taken to a “group medicine”, with more rigid concepts related to the control of the utilization of benefits .

The study also points out the author’s experience in trying to integrate two different cultures, from the point of view of the clients and the health care plan, searching the conciliation of interests of both parts and the results in quality of assistance and client’s satisfaction, including investigation about satisfaction in two moments of the recent contract.

It also refers to the auto-managed health plan, offered by the TRF/JF to their staff, in dental care, mental health care, physiotherapy specifically in the area of Postural Global Reeducation, Speech Therapy and Nutrition, and briefly comments about some of their health promotion programs.

**MAIN WORDS:** HEALTH ASSISTANCE; HEALTH CARE PLANS; CORPORATIVE CLIENTS; QUALITY IN HEALTH ATTENTION; TECHNICAL COORDINATION IN CONTRACTS OF HEALTH ASSISTANCE.

## LISTA DE SIGLAS

- ❖ ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ❖ APM- Associação Paulista de Medicina
- ❖ CA-TRF- Conselho da Administração do TRF
- ❖ CID 10- Classificação Internacional de Doenças
- ❖ CJF- Conselho da Justiça Federal
- ❖ CQH- Programa de Compromisso de Qualidade Hospitalar/APM
- ❖ DPRO- Divisão do Pró-social do TRF
- ❖ Fenasáude- Federação Nacional de Saúde Suplementar
- ❖ IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ❖ IDSS- Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
- ❖ IN 38-03- Instrução Normativa 38-03, que rege o Pró-social
- ❖ JF-SP- Justiça Federal de 1º Grau de São Paulo
- ❖ LDO- Lei de Diretrizes Orçamentárias
- ❖ PNAD- Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
- ❖ Pró-social- Programa de Benefícios do TRF e JF- Pró-social
- ❖ RPG- Reeducação Postural Global
- ❖ SINTRAJUD- Sindicato dos Trabalhadores do Judiciário
- ❖ SUS- Sistema Único de Saúde
- ❖ TRF3- Tribunal Regional Federal da 3ª Região
- ❖ UMED- Subsecretaria de Assistência Médica e Social- TRF
- ❖ UNIDAS- União Nacional de Autogestões em Saúde

## ILUSTRAÇÕES

<b>1</b>	Valor do plano x capacidade de custeio pelo Tribunal .....	29
<b>2</b>	Idade média da população de ativos x custo do plano.....	30
<b>3</b>	Comparativo entre reajustes de planos coletivos, índices de inflação e reajustes aprovados pela ANS.....	51
<b>4</b>	Comparativo entre reajustes de planos coletivos, índices de inflação e reajustes aprovados pela ANS, de 2000 a 2007.....	51
<b>5</b>	Avaliação da cordialidade das funcionárias da Amil no TRF .....	60
<b>6</b>	Avaliação da resolução de demandas pelas funcionárias da Amil no TRF.....	60
<b>7</b>	Avaliação do cumprimento de prazos pela Amil .....	61
<b>8</b>	Avaliação da qualidade dos serviços médicos.....	62
<b>9</b>	Avaliação da quantidade de credenciados.....	62
<b>10</b>	Hospitais que geraram as internações de novembro/2010 .....	64
<b>11</b>	Categoria das internações .....	65
<b>12</b>	Dificuldades para escolha do hospital em internações eletivas.....	66
<b>13</b>	Dificuldades para escolha do hospital em internações de urgência.....	67
<b>14</b>	Dificuldades na liberação de materiais especiais .....	68
<b>15</b>	Dificuldades com reembolsos de procedimentos realizados por médicos particulares.....	69

<b>16</b> Nota atribuída à operadora .....	70
<b>17</b> Principais hospitais que geraram internações entre 02/2010 e 02/2011.....	74
<b>18</b> Patologias que geraram maior número de internações – servidores e dependentes .....	75
<b>19</b> Patologias com maiores períodos de internação- servidores e dependentes...	76
<b>20</b> Patologias com maiores períodos de internação- agregados .....	78

## SUMÁRIO

RESUMO .....	3
ABSTRACT.....	4
LISTA DE SIGLAS .....	5
ILUSTRAÇÕES.....	6
SUMÁRIO.....	8
1 - INTRODUÇÃO.....	11
1.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO .....	11
1.1.1- APRESENTAÇÃO DA EMPRESA.....	11
1.1.2- PROGRAMA DE BENEFÍCIOS- PRÓ-SOCIAL.....	12
1.1.3- PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR.....	14
1.1.4- PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA .....	17
1.2 - RELEVÂNCIA DO ESTUDO .....	19
1.3 - PROBLEMA CENTRAL DA PESQUISA.....	20
1.4 - PROBLEMAS ESPECÍFICOS DA PESQUISA.....	21
1.4.1 - DIFICULDADES DE ATENDIMENTO NO INTERIOR.....	21
1.4.2 - CONTESTAÇÕES SOBRE A MUDANÇA DE OPERADORA.....	22
1.4.3- GARANTIA DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO.....	23
1.4.4- RESTRIÇÕES ORÇAMENTÁRIAS.....	28
1.5- QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS PELO ESTUDO .....	30

1.6- OBJETIVO FINAL .....	31
1.7- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
1.8- DELIMITAÇÃO DO ESTUDO .....	32
1.9- HIPÓTESES .....	33
<b>2 - METODOLOGIA UTILIZADA .....</b>	<b>34</b>
2.1- PESQUISA DE SATISFAÇÃO ATRAVÉS DE QUESTIONÁRIOS.....	34
2.2- PESQUISA TELEFÔNICA DE SATISFAÇÃO .....	34
2.3- PESQUISA DOCUMENTAL .....	35
2.4- PESQUISA BIBLIOGRÁFICA .....	35
2.5- TRATAMENTO DE DADOS .....	36
<b>3- DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO .....</b>	<b>37</b>
3.1- EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR .....	37
3.2- CUSTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE .....	38
3.3- AS LIÇÕES DE PORTER E TEISBERG .....	40
3.4- AS CRÍTICAS E SUGESTÕES DE HERZLINGER .....	46
3.5- A ANÁLISE DE CHRISTENSEN E COLABORADORES .....	48
3.6 - OS CUSTOS DA SAÚDE .....	50
3.7- QUALIDADE E CUSTOS DA SAÚDE.....	52
3.8- OUTROS ASPECTOS DOS CONTRATOS COLETIVOS.....	54
<b>4.RESULTADOS.....</b>	<b>57</b>
4.1 RESULTADOS DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE 2009- QUESTIONÁRIOS .....	59
4.2 - RESULTADOS DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE 2010- INTERNAÇÕES .....	63

<b>4.3 INDICADORES DE SATISFAÇÃO .....</b>	<b>70</b>
<b>4.3.1 - DADOS ESTATÍSTICOS.....</b>	<b>72</b>
<b>4.4 - RECURSOS MAIS UTILIZADOS .....</b>	<b>73</b>
<b>4.5 - DADOS NOSOLÓGICOS DA POPULAÇÃO .....</b>	<b>74</b>
<b>5 - CONCLUSÃO .....</b>	<b>79</b>
<b>6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>82</b>

## **1 - INTRODUÇÃO**

### **1.1- CONTEXTUALIZAÇÃO**

#### **1.1.1- APRESENTAÇÃO DA EMPRESA**

A Justiça Federal da 3ª Região compreende o Tribunal Regional Federal da 3ª Região (São Paulo) e as Seções Judiciárias (Justiça Federal de 1º Grau) do Estado de São Paulo e Mato Grosso do Sul.

O Tribunal, órgão de segunda instância para demandas judiciais na área federal, possui sede na capital, porém ambas as Seções Judiciárias possuem fóruns na capital, acrescidas de metade de sua população de magistrados e servidores distribuída em fóruns de diversas cidades do interior, sendo que, no caso da Seção de São Paulo, os fóruns encontram-se em cerca de quarenta cidades de grande, médio e pequeno porte.

Todos contam, nas capitais, com equipe de saúde multidisciplinar, de profissionais concursados nas áreas de medicina, odontologia, enfermagem, serviço social e psicologia, prestando serviços em seus ambulatórios.

Atualmente, a população do Tribunal é de 2.128 magistrados e servidores (1.859 ativos e 269 inativos) e a Justiça Federal de São Paulo, de 4.371 servidores (3.835 ativos e 536 inativos).

### **1.1.2- PROGRAMA DE BENEFÍCIOS- PRÓ-SOCIAL**

Todos os magistrados e servidores, ativos e inativos, são considerados beneficiários do Pró-social - Programa de Benefícios da 3ª Região, instituído em 1.990, que inclui programa de auto-gestão de profissionais credenciados nas áreas de odontologia, saúde mental, fisioterapia na especialidade de Reeducação Postural Global (RPG), nutrição e terapia ocupacional e a assistência médico-hospitalar, através de plano contratado, este de cunho opcional.

O Programa de Benefícios- Pró-social foi instituído em 05 de julho de 1990 através do Ato nº 108 do CA- Conselho da Administração do TRF, sendo na época essencialmente na modalidade de auto-gestão, inclusive para assistências ambulatorial, hospitalar e laboratorial, oferecendo, ainda, assistência odontológica direta e indireta, tendo sido alterado em 27 de junho de 1997, quando a assistência médico-hospitalar passou a ser realizada através da contratação, mediante licitação, de operadora de plano de saúde, introduzindo-se, ainda, na ocasião, assistência à saúde mental e terapias complementares, além da assistência à saúde ocupacional.

A partir de 2007, foi realizada uma revisão significativa no programa de benefícios, passando a ser regido pela Instrução Normativa 38-03 (IN 38-03), de 2.007, dos Conselhos da Administração do Tribunal, quando foram ampliadas as especialidades oferecidas através da auto-gestão, com a inclusão de nutrição e assistência a portadores de deficiência.

Oferece-se a todos a possibilidade de inclusão de dependentes, esposos ou companheiros (união estável), filhos e enteados com idade inferior a 21 anos ou a 24 anos, no caso de serem solteiros, dependentes do ponto de vista financeiro do servidor e estarem cursando o ensino superior e menores sob guarda ou tutela, sob dependência financeira do servidor.

A população atual de beneficiários, entre titulares (servidores ) e os dependentes incluídos no programa é de 4.778 pelo Tribunal e 9.997 pela Seção Judiciária de São Paulo, em um total de 14.775 beneficiários.

O plano de auto-gestão é oferecido sob a modalidade de pós-pagamento, com pagamentos apenas mediante utilização dos serviços e permite a utilização dos serviços de profissionais credenciados e de livre-escolha, através do reembolso.

Para autorização dos atendimentos odontológicos estão previstas auditorias prévia e posterior ao tratamento, estas realizadas pelos odontólogos do quadro (concurados), no intuito de garantir sua qualidade e a gestão adequada dos recursos públicos. Prevê-se atendimentos nas especialidades de odontologia geral, odontopediatria, cirurgia, estomatologia, periodontia, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais e a participação dos beneficiários é calculada de acordo com a faixa salarial do titular. O programa conta com 237 profissionais credenciados, com atendimento na capital e em todas as cidades do estado de São Paulo que possuem fóruns do judiciário federal.

Os atendimentos na área de psicologia é autorizado e acompanhado pela equipe psico-social concursada e os demais tratamentos são autorizados por médicos ou pela equipe psico-social, de acordo com a especialidade, para os quais a participação financeira é diferenciada para os portadores de funções de chefia e para servidores que não recebem esta verba adicional. O programa conta com 283 profissionais credenciados, entre capital e interior do estado.

A gestão do plano de assistência médica, hospitalar, odontológica e de saúde integral, da Justiça Federal da 3ª Região é realizada pela DPRO- Divisão do Pró-social do Tribunal Regional Federal da 3ª Região, a qual se encontra subordinada à Subsecretaria de Assistência Médica e Social (UMED), cujo diretor também é médico. Tal atividade é desenvolvida pela autora desde 2005, gestora da área médica com formação em administração em saúde e auditoria médica e que antes atuava como supervisora da área de saúde da JF de São Paulo.

Entendemos como de fundamental importância a gestão dos dois setores por médicos, 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.

### **1.1.3- PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR**

Até o ano de 1.997, o Tribunal Regional Federal e a Justiça Federal , contavam com um plano de auto-gestão voltado 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 comporem 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, em 1.998, tendo em vista que todas as contratações na Instituição obedecem à Lei 8.666, de Licitações, de uma empresa seguradora de planos de saúde (Saúde Bradesco) mediante o sistema de pós-pagamento, com co-participação de 15% e taxa de administração para todas as categorias de atendimentos realizados.

Apesar de a empresa vencedora tratar-se de seguradora de padrão reconhecido, gerando satisfação com relação à qualidade do atendimento, o contrato provou-se de baixa efetividade para a instituição, tendo em vista a imprevisibilidade dos gastos frente a um orçamento anual fixo, gerando instabilidade orçamentária por ocasião das internações e procedimentos de alta complexidade e impingindo aos beneficiários obrigações de ressarcimento de altos valores por longos períodos, nos casos de co-participação em internações prolongadas e custosas.

A partir de 1.998, promoveu-se nova licitação, desta vez para contratação de empresa a custo mensal per capita, mediante pré-pagamento, para atendimento aos servidores da capital, da qual foi vencedora a seguradora Notre Dame e, para atendimento aos servidores lotados no interior do estado, contratou-se, através de inexigibilidade, uma cooperativa médica do grupo UNIMED, tendo em vista o “monopólio branco” que esta cooperativa aplicava nestas localidades, impedindo o estabelecimento de qualquer outra operadora para atendimento aos beneficiários da instituição .

O atendimento à capital mostrou-se altamente satisfatório, tendo em vista tratar-se de seguradora que vinha ainda tentando se estabelecer no mercado, inicialmente com participação significativa dos beneficiários do Tribunal no total de sua carteira, pelo que a operadora buscava atender prontamente às solicitações, construindo-se um relacionamento com as áreas de gestão, auditoria e administrativa extremamente eficaz, estabelecendo-se um vínculo de parceria entre a operadora e as áreas técnicas do Tribunal, gerando qualidade e eficiência no atendimento.

Quanto à relação com a cooperativa, tendo em vista a pouca significância da população do Tribunal dentre sua carteira, com pouco interesse aparente da empresa em mostrar serviços especiais ou buscar encantar o cliente, o relacionamento mostrou-se tormentoso, com dificuldades para discussões com as áreas técnicas, procedendo-se ao estrito cumprimento do contrato, sem qualquer sinal de parceria ou interesse na manutenção do contrato, denotando práticas de gestão diversas das oferecidas por empresas em mercados de livre-concorrência. Constatou-se, neste caso, o prejuízo nos serviços conseqüentes à exclusividade e inexigibilidade de licitação motivada pelo monopólio.

Tendo em vista o término do período de cinco anos, máximo permitido pela legislação para vigência de contratos com a administração pública, a finalização do contrato com a seguradora Notre Dame e a inadmissibilidade legal de manutenção da inexigibilidade para a prestação de assistência médico-hospitalar pela UNIMED aos servidores do interior, 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, qual seja a seguradora Notre Dame, desta vez com o compromisso do atendimento a toda a população da Terceira Região do Estado de São Paulo, momento concomitante ao desenvolvimento acelerado da Justiça Federal para o interior do estado, o qual, comportava cerca de dez fóruns em cidades distantes da capital no início da década, atingindo, progressivamente, cerca de quarenta cidades aos fim da década de 2000-2010.

Apesar do comprometimento da seguradora neste sentido, tal situação foi altamente prejudicada pela resistência da cooperativa que dominava a atenção médica não privada no interior do estado, impedindo o credenciamento de recursos pela vencedora (exigindo de seus cooperados a exclusividade de atendimento) e a assistência adequada naquelas cidades, fato que gerou insatisfação importante da parte dos beneficiários do interior e a demanda por soluções alternativas.

Embora a seguradora tenha buscado novos credenciamentos no interior, acompanhada inclusive por equipes do Tribunal em viagem por todas as cidades, não foi possível o cumprimento adequado do contrato nas cidades do interior.

Em 2008, completado o prazo legal de vigência do contrato, que prevê o período máximo de cinco anos, no intuito de resolver a questão supra mencionada, decidiu-se desta vez pela divisão dos objetos na licitação, entre uma empresa que atendesse aos beneficiários da capital e Grande São Paulo e outra que assistisse o interior do estado. Foram vencedoras deste pregão a medicina de grupo Amil para a capital e a cooperativa UNIMED para o interior, contratos estes vigentes até a presente data.

Exclusivamente para o plano de saúde contratado, e sem qualquer participação financeira da Justiça Federal, existe a figura dos agregados, pais e mães, inclusive os adotantes, padrasto e madrasta, filhos acima de 24 anos (ou de 21 anos, no caso de não se encontrarem cursando o ensino superior) e irmãos inválidos.

Para o plano contratado, sob prêmio fixo médio independente da faixa salarial, na modalidade de pré-pagamento, existe uma participação do beneficiário nas mensalidades e um custeio por parte do TRF e da JF, que é calculada de acordo com

as faixas salariais, com o intuito de garantir a atenção à saúde dos servidores de menor renda. De acordo com o contrato, são oferecidas três categorias de planos, porém o subsídio é oferecido apenas para o plano básico.

Recentemente, por determinação do Conselho da Justiça Federal (CJF), os servidores passaram a usufruir do direito de opção pelo recebimento do “ auxílio-saúde”, que consiste de valor em pecúnia de R\$ 90,00, caso decidam não se associar ao plano contratado e tornem-se beneficiários titulares de um plano privado. Neste caso, o servidor e todo seu grupo familiar deverão optar pelo mesmo benefício e estarão impedidos de se utilizarem dos recursos oferecidos pelo plano de auto-gestão, do Pró-social.

#### **1.1.4- PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA**

O TRF, no intuito de garantir a promoção e prevenção de saúde e qualidade de vida de seus servidores, atua em uma série de programas, alguns dos quais são discriminados a seguir:

- ❖ Vacinação anual contra gripe, tétano e sazonal contra outras patologias infecto-contagiosas;
- ❖ Exames médicos periódicos;
- ❖ Palestras sobre temas variados na área da saúde;
- ❖ Programa de saúde da mulher, com atendimento por ginecologista, coleta de Papanicolaou e fornecimento gratuito de medicamentos anti-concepcionais e hormônios;
- ❖ Fornecimento de medicamentos gratuitamente, para servidores portadores de patologias crônicas (hipertensão, diabetes mellitus e

- dislipidemia (elevação de colesterol ou triglicérides), de acordo com receitas médicas e sob o acompanhamento da equipe de enfermagem;
- ❖ Atenção à saúde mental e dependência química, com recursos credenciados para atendimento ambulatorial, internação e em hospitais-dia, com acompanhamento pela equipe de saúde mental (psicólogas e assistentes sociais) do TRF;
  - ❖ Programa de controle do tabagismo;
  - ❖ Atenção aos portadores de necessidades especiais e a seus pais, com auxílio-escolar diferenciado, credenciamento de profissionais especialistas em seu acompanhamento, aconselhamento de pais, liberação de hidroterapia, equoterapia e extensão do número de psicoterapias mensais autorizadas;
  - ❖ Ginástica laboral- atividades físicas específicas para as tarefas realizadas em cada posto de trabalho, com duração de quinze minutos e frequência de duas a três vezes por semana, oferecida a todos os setores;
  - ❖ Programa de orientação e encaminhamento a recursos especializados a vítimas de violência doméstica, sexual, urbana e moral, coordenados pelas assistentes sociais da equipe;
  - ❖ Programa de preparação para a aposentadoria, coordenados pelas assistentes sociais;
  - ❖ Campanhas de auxílio a creches em ocasiões como Natal, Dia das Crianças e Inverno, coordenados pelas assistentes sociais;
  - ❖ Programa de inclusão social, com locação de estagiários portadores de necessidades especiais, para trabalho no ambulatório médico;
  - ❖ Campanhas de doação de sangue, com coleta realizada pelos Hemocentros no TRF;
  - ❖ Programa de saúde ocupacional, com terceirização de médico do trabalho e fisioterapeuta do trabalho, os quais visitam todos os setores do TRF e dão seguimento aos casos com patologias relacionadas ao trabalho;
  - ❖ Convênios com academias, hotéis, restaurantes, teatros, cinemas;
  - ❖ Divulgação de caminhadas e corridas;

- ❖ Organização de grupos de Vigilantes do Peso no TRF;
- ❖ Aulas de condicionamento físico e yoga no TRF, pagos pelos servidores;
- ❖ Massagens terapêuticas no TRF, pagos pelos servidores;
- ❖ Promoção de saraus musicais e exposições de arte de servidores

## **1.2 - RELEVÂNCIA DO ESTUDO**

A contratação de operadoras para oferecimento de assistência à saúde suplementar é uma necessidade de grande monta para todas as empresas, incluindo as da administração pública, garantindo redução do absenteísmo, melhora da produtividade e maior tranquilidade para seus funcionários, respaldando sua saúde e a de seus familiares.

O oferecimento de atenção à saúde mostra-se como grande diferencial na escolha de empregos pelos melhores talentos, tanto nas empresas públicas como privadas, tratando-se ainda de assunto amplamente discutido pelos sindicatos das instituições públicas, principalmente da área judiciária, preocupados com a elevação dos custos e a manutenção da qualidade da assistência.

### 1.3 – PROBLEMA CENTRAL DA PESQUISA

Apresentou-se então, a demanda do oferecimento de atendimento médico hospitalar de ótima qualidade a uma população com alto grau de exigência de 13.000 beneficiários, entre magistrados, servidores e seus dependentes, distribuídos entre diversos fóruns da capital e do interior do Estado de São Paulo, ressaltando-se que os fóruns do interior compreendem 37 cidades, garantindo o atendimento integral à saúde, com qualidade, eficiência e efetividade, diante da limitação orçamentária imposta pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), através da disponibilização de valor fixo per capita para custeio de todos os benefícios relacionados à saúde, valor este inalterado desde o ano de 2003 (R\$ 90,00 mensal per capita) 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 (IBGE), com menos de 100.000 e entre 100.000 e 300.000 habitantes, apesar do monopólio de atendimento imposto aos profissionais pela UNIMED.

Acrescido ao exposto, apresentou-se a problemática da transição do atendimento fornecido por uma seguradora de planos de saúde (Notre Dame) para o de uma medicina de grupo (Amil), operadoras estas com diretrizes de gestão divergentes, gerando manifestações iniciais de descontentamento dentre os servidores, antes habituados à maior liberalidade das seguradoras e que agora passavam a ser submetidos à gestão mais rígida estabelecida pela medicina de grupo, apesar das exigências contratuais diferenciadas para os beneficiários da instituição frente aos planos oferecidos no mercado.

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 a satisfação dos beneficiários, além da eficácia e efetividade na atenção à saúde, frente ao novo plano contratado, atendo-se aos limites orçamentários da assistência à saúde.

## **1.4 – PROBLEMAS ESPECÍFICOS DA PESQUISA**

### **1.4.1 - DIFICULDADES DE ATENDIMENTO NO INTERIOR**

Em 2003, após ter sido realizada licitação para contratação de operadora de planos de saúde que atendesse tanto aos servidores da capital como os do interior, a empresa vencedora, que havia acordado com uma grande cooperativa o atendimento das cidades do interior, foi surpreendida pela quebra do acordo e necessidade de credenciamento próprio em todas as cidades, para que não fosse punida e cumprisse adequadamente as cláusulas a havia sido submetida pela licitação.

Na ocasião, início da vigência do contrato com a seguradora Notre Dame, para maior compreensão da problemática, procedeu-se à visitação, pela autora, que é médica, acompanhada de uma enfermeira da Justiça Federal, de um gestor médico da operadora e do supervisor administrativo do fórum em cada cidade, de todas as localidades 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 reuniões locais com todos os beneficiários do plano, para coleta de sugestões e demandas e posterior acompanhamento dos encaminhamentos efetuados pela operadora na busca de soluções para cada questão apresentada.

Verificou-se, na ocasião, importante deficiência de recursos, tanto do ponto de vista qualitativo quanto quantitativo em determinadas localidades do interior do estado, 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 subitens, 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 ( UNIMED) e uma medicina do grupo para atendimento na capital e grande São Paulo (Amil).

#### **1.4.2 - CONTESTAÇÕES SOBRE A MUDANÇA DE OPERADORA**

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;
- ❖ Médicos referenciados e não credenciados;
- ❖ Credenciamento universal de recursos;
- ❖ Inexistência 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 pela autora, gestora médico do contrato pelo Tribunal;
- ❖ Médicos credenciados;
- ❖ Credenciamento parcial de recursos, optando por contratar hospitais apenas para internações, direcionando o atendimento ambulatorial para recursos externos;
- ❖ Verticalização- posse e priorização de serviços próprios para atendimento;
- ❖ Direcionamento do atendimento.

#### **1.4.3- GARANTIA DA QUALIDADE DO 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 dos Rols de procedimentos elaborados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar);
- ❖ Cobertura de transplantes de rim, córnea, medula, coração e fígado;
- ❖ 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 diretamente 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 pelo TRF;
- ❖ Envio de relatórios mensais para o gestor médico do TRF, este responsável pela administração médica do contrato do TRF e JF, com a totalidade das utilizações do plano;
- ❖ Envio de cópias discriminadas das faturas de internações de valor superior a R\$10.000,00, para auditoria do gestor médico do TRF;
- ❖ Disponibilização de postos de atendimento da empresa no TRF e na JF, durante todo o horário de expediente destas instituições, para liberação de guias e atendimento aos beneficiários;
- ❖ Envio de planilhas diárias das internações para o gestor médico do TRF.

Enfatize-se que vários dos procedimentos que foram sendo agregados ao Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ao longo dos anos já constavam dos primeiros contratos estabelecidos entre o Tribunal e as operadoras, a não ser pelos transplante de medula, fígado e coração, que foram anexados ao contrato de 2008 e ainda não possuem obrigatoriedade de cobertura pelos demais planos do mercado, mantendo-se ainda o plano com amplitude de serviços significativamente diferenciados, principalmente com relação a exames de alta complexidade.

Com o intuito de garantir a manutenção da qualidade do atendimento, no mesmo nível de satisfação gerada pela operadora anteriormente contratada, tratou-se de estabelecer um acompanhamento rígido dos serviços, através dos seguintes procedimentos:

- ❖ Acompanhamento continuado de todos os pacientes portadores de patologias graves que se encontravam em tratamento específico durante a transição dos planos, 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 gerassem dificuldades ou 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 da equipe de saúde do TRF;
- ❖ Monitoramento diário das internações e demais registros no sistema informatizado da operadora;
- ❖ Conferência contínua dos procedimentos autorizados e das faturas de maior custo;
- ❖ Discussão com a área de auditoria da operadora sobre todas as negativas de cobertura.

Enfatize-se que a área gestora da Divisão de Benefícios participa de todo o processo de acompanhamento do contrato com a operadora, desde a elaboração do memorial descritivo, assessoria técnica durante o pregão presencial, controle da qualidade dos serviços, acompanhamento das informações gerenciais, contato com pacientes, com gestores técnicos e administrativos da operadora, elaboração de tabelas de participação dos servidores nos custos mensais e negociação dos reajustes. É responsável, ainda, pela mediação das demandas de pacientes com a operadora, discussão de negativas, auditorias de contas para fins de reajuste, ações educativas e encaminhamento de material informativo da operadora para todos os servidores.

Tratou-se ainda de monitorar todos os indícios de inconformidades 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 da área de saúde mental;
- ❖ Internações por patologias graves, tais como neoplasias, doenças infecto-contagiosas ou crônicas- acompanhamento da evolução e monitoramento 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 doenças crônicas, complicações clínicas ou deficiências no atendimento;
- ❖ Reintervenção cirúrgicas- monitoramento de complicações da patologia ou deficiências no atendimento.

Ante um encontro inicial de culturas visivelmente opostas, da exigência significativa da população, altamente diferenciada social e culturalmente e da busca, pela operadora, de uma gestão que visa o lucro, estabeleceu-se um ponto de convergência, que levou mesmo à ampliação de benefícios que vinham sendo restritos inicialmente, buscando maior nível de satisfação para o cliente e permitindo uma transição menos tormentosa de uma categoria de operadora para a outra.

#### 1.4.4- RESTRIÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

O subsídio oferecido pela União para custeio da assistência à saúde dos magistrados e servidores do TRF é de R\$90,00 mensais per capita, inalterado desde 2.003, verba esta que deverá ser utilizada para:

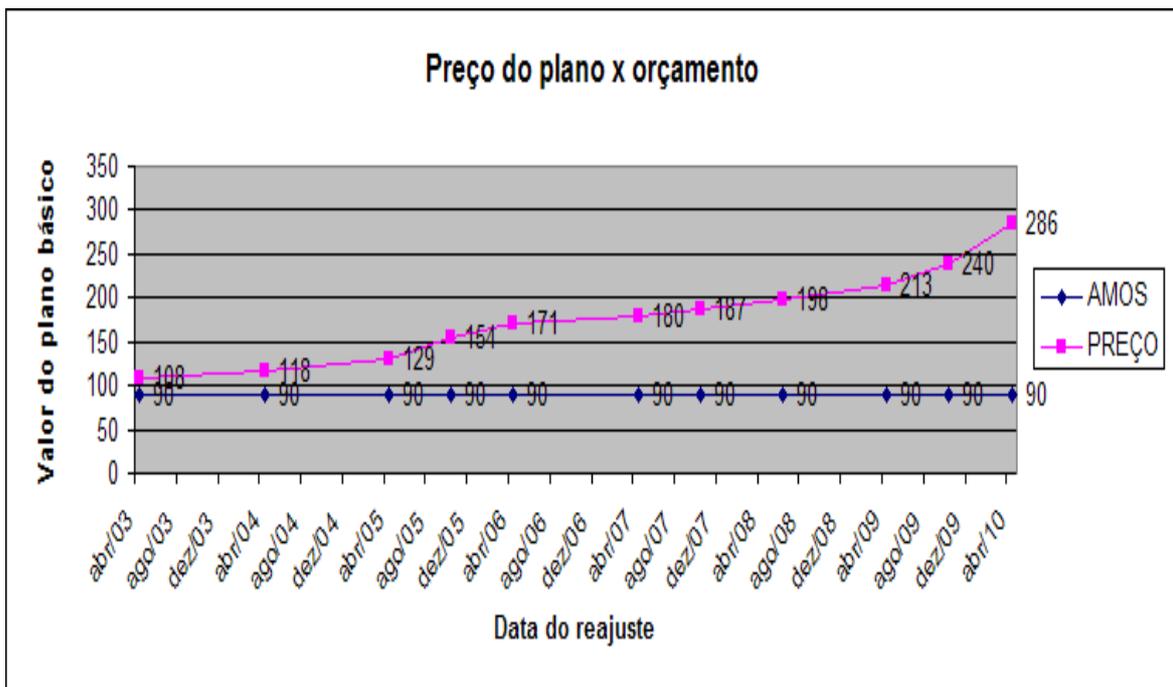
- ❖ Participação do TRF no plano de saúde contratado
- ❖ Participação do TRF no plano de auto-gestão
- ❖ Pagamento da empresa de saúde ocupacional
- ❖ Contratação de laboratórios para exames periódicos
- ❖ Aquisição de equipamentos
- ❖ Aquisição de materiais, medicamentos e vacinas para o ambulatório médico

Tendo em vista a qualidade e a amplitude de coberturas do plano, o prêmio mensal aplicado atualmente pela operadora é de R\$ 285,61, independente da faixa etária, no caso de magistrados, servidores e dependentes. Para agregados, sem qualquer participação do TRF, este valor é calculado de acordo com a faixa etária, entre R\$ 176,11 e R\$ 1.056,65, este último para a faixa superior a 59 anos.

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 pagamento do plano de acordo com sua faixa salarial, tabela esta que é reajustada de acordo com as necessidades orçamentárias.

Em 2003, a dotação orçamentária correspondia a 83% do custo do plano de saúde contratado pelo Tribunal. Atualmente, corresponde a 31% do custo, de acordo com a Ilustração 1

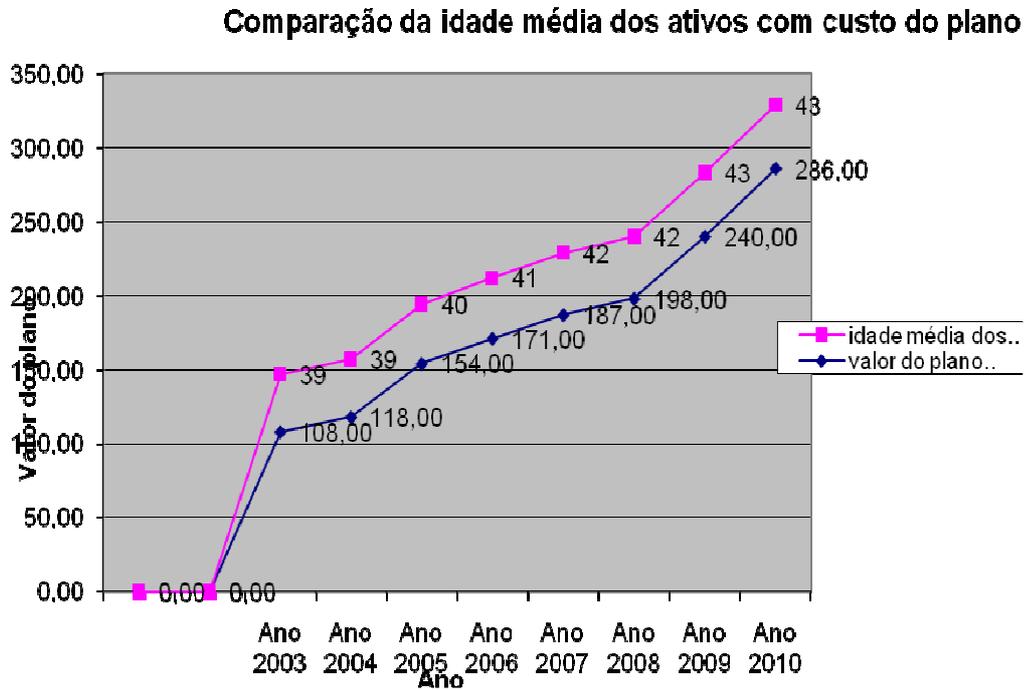
Ilustração 1 - Valor do plano x capacidade de custeio pelo TRF



Fonte- Dados do Tribunal Regional Federal

Visto tratar-se de população concursada, com pequeno número de exonerações, a idade média da carteira tem aumentado a cada ano, de acordo com a Ilustração 2, paralelamente aos custos do plano.

Ilustração 2 - Idade Média da População de Ativos x Custo do Plano



Fonte- Dados do TRF

### 1.5– QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS PELO ESTUDO

- ❖ É possível atender às expectativas dos beneficiários com diferentes categorias de operadoras?
- ❖ É necessária a gestão técnica do contrato do plano de saúde em grandes empresas?
- ❖ É possível conciliar interesses, estabelecendo uma relação harmoniosa entre a operadora e os clientes empresariais?

## **1.6– OBJETIVO FINAL**

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.

Questionar a possibilidade de conciliação de interesses entre operadora, empresa e beneficiários e de atendimento às expectativas da população de magistrados, servidores e dependentes.

## **1.7– OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Apresentar a evolução a assistência à saúde na Justiça Federal da 3ª Região desde 1990, em contratos com diferentes categorias de operadoras;
- ❖ Priorizar a análise das características do relacionamento com a operadora atualmente contratada;
- ❖ Apresentar a gestão integral do plano, que compreende a participação na elaboração do edital, assessoria técnica no pregão presencial, acompanhamento de todo o contrato durante sua vigência, relacionamento com beneficiários, administração e equipe de auditoria

da operadora, auditoria de contas médicas e análise dos reajustes contratuais;

- ❖ Avaliar pesquisa de satisfação com o atendimento da operadora;
- ❖ Analisar pesquisa de satisfação com internações ocorridas em novembro de 2010.
- ❖ Levantamento das características de utilização do plano;
- ❖ Analisar se existe possibilidade de uma relação de ganha-ganha entre os dois pólos de interesse (operadora e clientes);
- ❖ Pesquisar as vantagens da gestão por pessoa da área da saúde.

## **1.8– DELIMITAÇÃO DO ESTUDO**

O estudo está relacionado à gestão dos planos de saúde contratados pela Justiça Federal da 3ª Região- São Paulo (Tribunal Regional Federal e Justiça Federal de 1º Grau), desde a instituição do Programa de Benefícios- Pró-social, em 1.990, até o período atual, abarcando diversas formas de contratação e diversas modalidades de operadoras de planos de saúde e tratando de determinar se existe possibilidade de convergência de interesses e relação harmônica entre clientes empresariais e operadoras de planos de saúde.

O trabalho foi desenvolvido nas seguintes etapas:

- ❖ Apresentação da instituição em questão (Justiça Federal da 3ª Região) e do Programa de Benefícios- Pró-social;
- ❖ Análise histórica do relacionamento com as diversas operadoras desde a instituição do Programa.;
- ❖ Apresentação dos Programas de Prevenção e Promoção de Saúde e Qualidade de Vida do TRF;

- ❖ Leitura das referências bibliográficas sobre o tema, em particular aquelas correlacionadas à relação entre operadoras e clientes empresariais;
- ❖ Levantamento e análise dos dados relativos à utilização dos beneficiários, tendo em vista as principais patologias que geraram atendimento e os principais recursos hospitalares utilizados nos últimos anos;
- ❖ Realização de pesquisa de satisfação entre os usuários do plano com contrato atualmente vigente;
- ❖ Realização de pesquisa de satisfação dentre os pacientes internados em determinado período;
- ❖ Análise da inter-relação cliente empresarial- operadora.

## **1.9– HIPÓTESES**

1.1. É possível uma relação harmoniosa, de ganha-ganha, entre operadoras de planos de saúde e clientes empresariais.

1.2. Existe a possibilidade de satisfação da população beneficiária do plano de saúde com os diversos tipos de operadora.

1.3. Existe a possibilidade de gestão de qualidade, atuando na intermediação técnica de demandas, controle da qualidade dos serviços oferecidos e análise dos custos, porém a empresa contratante deve possuir profissional da área de saúde, responsável pela gestão do contrato.

## **2 - METODOLOGIA UTILIZADA**

Pesquisa de campo, análise documental e bibliográfica.

### **2.1- PESQUISA DE SATISFAÇÃO ATRAVÉS DE QUESTIONÁRIOS**

Questionários, compreendendo questões de múltipla escolha, com espaços para comentários, acerca da satisfação dos servidores do Tribunal com o plano de auto-gestão do Pró-social e com o plano contratado pela Amil foram distribuídos em todos os setores, em 2009, pelos professores de ginástica laboral, que estimularam o preenchimento e retornaram no dia seguinte para coleta dos formulários preenchidos.

### **2.2- PESQUISA TELEFÔNICA DE SATISFAÇÃO**

Pesquisa realizada em dezembro de 2010, através de telefonemas, com entrevistas semi-estuturadas, entre os 56 servidores do Tribunal que estiveram internados ou tiveram seus dependentes hospitalizados através do plano da Amil

no mês de novembro de 2010. A pesquisa foi dirigida, através de questionário de satisfação, com sete perguntas e espaços para queixas ou comentários, mediante telefonemas realizados pela mesma servidora, adotando os mesmos critérios para questionamento dos entrevistados e preenchimento dos dados do formulário.

### **2.3- PESQUISA DOCUMENTAL**

Pesquisa realizada no sistema de informações da operadora Amil, através dos dados relativos ao plano do Tribunal e Justiça de 1º Grau, relacionada aos maiores utilizadores, prestadores mais utilizados e patologias que geraram maior número de internações ou internações de maior duração.

Análise por amostragem de faturas hospitalares recebidas pela operadora Amil de recursos credenciados relativas aos beneficiários do Tribunal e Justiça.

### **2.4- PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**

Pesquisa realizada em livros, periódicos, páginas da Internet, teses e dissertações, relacionadas à saúde suplementar, relacionamento clientes-operadoras, custos do sistema, indicadores de qualidade, entre outros temas pertinentes ao trabalho.

## 2.5- TRATAMENTO DE DADOS

- ❖ Caracterização Demográfica Da População;
- ❖ Levantamento Das Internações Por Ano De Contrato, Com Distribuição Entre Os Principais Grupos Diagnósticos;
- ❖ Caracterização Do Perfil Nosológico Da População;
- ❖ Pesquisa De Satisfação Dentre Os Usuários Do Plano De Saúde Da Instituição – Questionário Com Questões Dirigidas
- ❖ Questionário Telefônico a Respeito das Internações
- ❖ Análise Do Perfil Dos Maiores Utilizadores Do Plano De Saúde Quanto Ao Perfil Nosológico E De Utilização.

### 3- DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

#### 3.1- EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR

De acordo com Isabela Santos, na página 19 de sua dissertação “ Planos Privados de Assistência à Saúde no Mundo do Trabalho ” <sup>(2)</sup> :

*“ As ações do Estado direcionadas ao setor de saúde do trabalhador estão contextualizadas na conjuntura internacional de desemprego, precarização do emprego e aumento do emprego informal. Assim, imagina-se como certo que o maior vencedor nesse meio de campo acabam por ser aqueles trabalhadores que de alguma forma conseguiram se manter formalmente empregados, garantindo à si e à sua família, além do emprego, que já fala bastante por si mesmo, benefícios como, a assistência médica e os do seguro acidente do trabalho (SAT), proporcionados por seu empregador e pelo Estado”.*

A autora <sup>(2)</sup> disserta sobre a evolução da assistência à saúde ocupacional, legislação relativa à saúde do trabalhador, acidentes de trabalho e a realização dos convênios médico-hospitalares.

Discorre, à página 25, <sup>(2)</sup> sobre o seguinte fato :

*“ Com a Revolução Industrial, passou-se a perceber a necessidade de manutenção da saúde do trabalhador, fortalecida pelo êxodo rural e as más condições de saneamento urbano associados à miséria de grande parte da população – pela necessidade de dar respostas às demandas dos empregadores daquele ser humano que trabalhava nas fábricas, que passava por más condições de trabalho, contribuindo para a mudança do perfil epidemiológico do trabalhador”.*

Ainda à página 25, comenta <sup>(2)</sup> :

*“ No início do século atual ocorreram as reivindicações de trabalhadores londrinos por 8 horas de trabalho, 8 horas de lazer e 8 horas para dormir, o que significa uma forte interferência no processo de produção, surgida pela necessidade de melhoria das condições de trabalho e vida desses trabalhadores. Em 1919 é criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT) que desde então reconhece a existência de doenças profissionais”.*

Isabela Santos <sup>(2)</sup> discorre, ainda, à página 29, sobre a forte atuação de alguns sindicatos em demandas relacionadas às questões de saúde do trabalhador, devido à

necessidades de introduzir formas de trabalhar a prevenção ao acidente de trabalho, insalubridade, etc., além da necessidade de contemplar as demandas dos trabalhadores em relação à forma de assistência à saúde, diretamente relacionada aos benefícios que pleiteiam, questões estas inclusive apresentadas por ocasião dos movimentos grevistas.

No Tribunal, a ação da SINTRAJUD (Sindicato dos Trabalhadores do Judiciário) é bastante intensa nas questões relativas à saúde, com freqüentes discussões e questionamentos sobre o tema de saúde ocupacional e planos de saúde.

À página 80, Isabela <sup>(2)</sup> comenta :

*“ Com a contratação de operadoras de plano/seguro de saúde, o risco com as perdas financeiras das empresas empregadoras com a atenção à saúde de seus empregados e dependentes pode ser mais ou menos transferido, dependendo do contrato realizado ”.*

Os trabalhadores passaram a valorizar, de acordo com a mesma autora na página 103, o vínculo empregatício, que possibilita o acesso a melhor atenção à sua saúde e a de seus familiares.

### **3.2- CUSTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Carlos Reis e cols. <sup>(3)</sup>, no texto “ Avaliação dos Gastos das Famílias com a Assistência Médica no Brasil: O Caso dos Planos de Saúde”, avaliaram o gasto das famílias, nas pesquisas de orçamento familiar, de 1987 a 1996, em remédios, seguros-saúde, tratamento dentário, consulta médica e hospitalização, óculos e lentes e outros e relatam, à página 4, que o percentual do gasto mensal das famílias com assistência à saúde variou de 5,3% a 6,5% entre as pesquisas.

Os autores <sup>(3)</sup> comentam, à página 9 :

*“ Apesar dessa pequena participação no total das despesas, isso representou um crescimento de 22,4% no conjunto das áreas, em que pesem, o crescimento dos gastos com planos de saúde e a implantação do SUS em 1988 ”.*

Na página 10, Reis e colaboradores <sup>(3)</sup> comentam :

*“Percebeu-se uma diferença de magnitude dos gastos relativos com remédios entre os estratos de renda inferior e superior, sendo que para os de renda inferior, a participação é mais significativa”.*

Provavelmente, deve ter havido uma alteração destes dados nos últimos anos, com a introdução do SUS e programas governamentais de fornecimento de medicamentos a baixo custo ou mesmo gratuitos.

Ainda à página 10, os autores <sup>(3)</sup> notam, também, maior incidência de doenças crônicas sobre a população de baixa renda, exigindo desta, freqüentemente, o uso continuado de remédios.

Nesta mesma página, os autores relatam ainda <sup>(3)</sup>:

*“ O crescimento da participação percentual dos gastos com planos de saúde foi acentuado em todos os estratos de renda. No estrato até dois salários, embora tais gastos tenham alcançado aproximadamente 11% do total com assistência à saúde em 1996, o valor per capita foi baixo. Descreve ainda redução importante nos gastos com óculos e lentes em todos os estratos, talvez por estes itens terem se tornado proibitivos para uma parcela da população e pelo surgimento dos novos procedimentos cirúrgicos oftalmológicos, que estimulam o abandono de lentes e óculos para os de renda maior.”*

Na página 12, os autores <sup>(3)</sup> comentam :

*“ Para aquelas localizadas no topo da distribuição, a cesta de consumo em assistência à saúde é mais diversificada, predominando a demanda por planos de saúde e por serviços médico-hospitalares neste período, sendo gasto médio per capita em 1996 de R\$ 9 no estrato inferior de renda, sendo pouco expressivo nestas camadas, talvez devido ao uso crescente dos serviços do SUS.*  
“

À página 13, discorrem sobre o fato a seguir <sup>(3)</sup>:

*“ Para as faixas superiores de renda, houve redução de R\$ 131,20 per capita do estrato de renda superior com serviços médico-hospitalares, o que poderia estar relacionado à intermediação do financiamento da compra de serviços médicos pelos planos de saúde e, em menor medida, ao próprio SUS. “*

À página 17, atribuem aos planos de saúde a possibilidade de compra parcial de bens e serviços de saúde das famílias, com redução dos desembolsos diretos , através do custeio pelas empresas e pelo Estado, este pela renúncia da arrecadação fiscal, com possibilidade de desconto no imposto de renda<sup>(3)</sup> .

À página 18 , atribuem ao Plano Real e ao fim da flutuação financeira do mercado, que impôs às operadoras a venda de produtos mais baratos, a facilitação de acesso para consumidores de estratos intermediários e inferiores de renda. <sup>(3)</sup>

À página 20, os autores elaboram a hipótese de que, ainda que possuam acesso universal ao SUS, muitos buscam uma segurança do duplo acesso, também para planos privados, no caso do SUS não prover todas suas necessidades, principalmente no caso de exames de alta complexidade. <sup>(3)</sup>

### **3.3- AS LIÇÕES DE PORTER E TEISBERG**

De acordo com Michael E. Porter e Elizabeth O. Teisberg, no renomado livro “ Repensando a Saúde ” <sup>(4)</sup> , à página 19 (Introdução), o sistema de saúde americano tem apresentado uma combinação de altos custos, qualidade insatisfatória e acesso limitado à assistência à saúde, o que tem criado ansiedade e frustração para todos os participantes (empregadores, que contratam seguros saúde para seus funcionários, médicos e demais prestadores, planos de saúde, fornecedores e governo).

No Brasil, porém, o Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando acesso universal à saúde e a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, regulamentando a prestação de serviços pelas operadoras, têm resolvido em parte esta situação, uma vez que todos possuem direito ao atendimento médico, embora

nem sempre ágil e de qualidade uniforme, ainda que não estejam empregados ou não possuam planos de saúde (comentário da autora da monografia).

De acordo com os autores <sup>(4)</sup>, à página 20: “

*“ toda tentativa de acomodar interesses conflitantes está fadado ao fracasso. A única real solução é unir num propósito comum todos os participantes do sistema”.*

Os autores <sup>(4)</sup> comentam ainda, à página 21:

*“Os preços ajustados à qualidade caem, o valor melhora e o mercado se expande para atender às necessidades de mais consumidores”.*

Considero que o TRF/JF e a Amil perceberam esta premissa, uma vez que ambos têm buscado um propósito comum de melhorar a qualidade da saúde dos servidores, gerando menor sinistralidade e menores custos para a operadora, custos estes que seriam repassados ao grupo de beneficiários. (comentário da autora da monografia).

Ainda de acordo com estes autores <sup>(4)</sup>, nos Estados Unidos, às páginas 31 a 42, o custo da assistência à saúde ultrapassou a inflação e a média de gastos com a saúde por funcionário cresceu 140%. A General Motors relatou que os gastos com a saúde adicionam U\$ 1500 ao preço de cada carro. A falta de uma assistência à saúde adequada, por outro lado, implica em custos indiretos, tais como maior absenteísmo, perda de tempo no trabalho, baixa produtividade.

Porter e Teisberg <sup>(4)</sup> comentam ainda, à página 260, o seguinte :

*“Tendo em vista a impossibilidade de absorverem mais custos, as empresas têm buscado repassar a seus funcionários a elevação dos custos dos planos, reduzir os benefícios oferecidos ou elevar as franquias “.*

O Tribunal tem enfrentado restrições orçamentárias na área da saúde e tem buscado repassar maiores parcelas do prêmio mensal a seus magistrados e servidores, tendo em vista a impossibilidade financeira de elevar sua participação no pagamento do prêmio. Todas as demais alternativas apresentadas por Porter e Teisberg no parágrafo acima, porém, se mostram prejudiciais à qualidade do serviço,

fato que, até o momento atual, não permitiu a mudança dos parâmetros atualmente estabelecidos (comentário da autora da monografia).

Os autores<sup>(4)</sup> relatam ainda, à página 260, que algumas empresas têm restringido a permissão de adesão de dependentes dos funcionários, tais como cônjuges ou impedindo o acesso de trabalhadores aposentados.

O Tribunal, até o momento, permite o acesso destas categorias ao plano, no intuito de cultivar a proteção à saúde do grupo familiar de seus magistrados e servidores e dos aposentados, gerando maior nível de satisfação entre o grupo (comentários da autora da monografia).

Outra opção aplicada pela empresa, conforme apresentado pelos autores à página 260<sup>(4)</sup>, é o gerenciamento de coberturas. Ressaltam, porém, que a abordagem ideal é a melhoria da cobertura e não a solicitação de descontos às operadoras e que, com esta ação, focada para o curto prazo, os empregadores estão reduzindo o valor da saúde que oferecem. Porter e Teisberg consideram que a transferência de custos aos empregados apenas reduz sua renda e moral, sem qualquer compensação no valor do benefício-saúde.

Porter e Teisberg<sup>(4)</sup> discorrem, à página 262, sobre o fato de que alguns autores propõem que o valor seja revertido em dinheiro e oferecido diretamente aos funcionários, para que estes optem pelo plano mais adequado a suas necessidades, porém considera que esta opção só poderia ocorrer a longo prazo.

A possibilidade de oferecimento, pelo Tribunal, do auxílio-saúde, valor fixo per capita oferecido àqueles que optam pela não adesão ao plano licitado, tem preocupado os gestores da área da saúde da instituição, tendo em vista que o valor oferecido impede a aquisição de planos de qualidade, os quais não permitem qualquer intermediação por parte do Tribunal e poderiam gerar necessidades não cobertas pelos planos que não poderiam ser sanadas pela instituição (comentário da autora da monografia).

Os autores <sup>(4)</sup> sugerem, também à página 262, que os empregadores, na condição de maiores compradores dos planos, poderiam influenciar a competição no sistema de saúde, garantindo melhor atendimento para seus funcionários.

Porter e Teisberg <sup>(4)</sup> referem, às páginas 262 a 263, que várias empresas têm repassado a gestão a terceiros ou a funcionários de recursos humanos, sem formação na área, os quais buscam apenas redução de custos, sem qualquer preocupação com a qualidade. Estes raramente estão capacitados a pensar no fomento de uma saúde melhor e de comportamentos mais saudáveis para seus funcionários e dependentes. Eles podem até se tornar porta-vozes das restrições impostas pela operadora, em vez de defensora da qualidade da assistência à saúde.

No Tribunal, a gestão completa é realizada pela área técnica, todos os gestores são médicos, com formação em gestão de saúde, o que facilita sobremaneira a compreensão das necessidades dos beneficiários (comentário da autora da monografia).

Ademais, na página 263, de acordo com os mesmos autores<sup>(4)</sup>, a busca da redução de custos tem gerado rotatividade de operadoras, o que deixa de alinhar os interesses de empregadores, prestadores e operadoras. Ressalta que esta abordagem é errônea, pois a maior experiência e especialização dos prestadores gera melhoria da qualidade, reduz erros e baixa os custos. Para evitar estas distorções, as empresas têm impingido às operadoras parâmetros de qualidade.

O TRF exige o cumprimento de parâmetros de qualidade, dispondo, no memorial descritivo para contratação, exigências técnicas que procuram garantir a contratação de empresas idôneas a preços exequíveis (comentário da autora da monografia).

Porter e Teisberg <sup>(4)</sup> acrescentam das páginas 263 a 265 que, a fim de reduzirem custos, as operadoras de saúde devem procurar melhor gerenciamento, visto que o avanço da qualidade tem um potencial de baixar os custos, através de uma recuperação rápida dos pacientes, redução de erros e complicações, diagnósticos mais precisos, métodos menos invasivos, redução da incapacidade,

prevenção de moléstias e gerenciamento de doenças, porém estes resultados só são obtidos ao longo de vários anos.

Enfatizam, ainda, <sup>(4)</sup> às páginas 265 a 267, que bons planos asseguram ao paciente diagnósticos corretos, com informações significativas sobre resultados, aconselhamento, prestadores de alto padrão técnico, acompanhamento de pacientes complexos, coordenação ao longo do ciclo de atendimento, com integração de informações com prestadores e oferecem programas de gerenciamento de doenças, avaliação de riscos e serviços de prevenção. Sugerem, para tanto que as empresas passem a negociar os contratos com as operadoras com base na melhoria do estado de saúde de sua população.

Referem à página 268 <sup>(4)</sup> que, em algumas situações, a melhor tática é a contratação de mais de um plano, para que se atenda às especificidades locais e geográficas, o que, apesar de gerar maiores custos administrativos, implica na geração de maior valor.

O Tribunal, após diversos percalços pelas dificuldades na cobertura do atendimento para as cidades do interior pelo mesmo plano da capital, optou pela contratação de operadoras diferentes para a capital e interior do estado de São Paulo (comentário da autora da monografia).

Porter e Teisberg <sup>(4)</sup> enfatizam, à página 268, que um relacionamento duradouro com uma operadora cria incentivos para a busca de um atendimento excelente, investimento em prevenção e gerenciamento de doenças, através do alinhamento de interesses. Desaconselham a quebra do contrato com um plano de bom desempenho, ainda que seja necessário o compartilhamento de custos com os funcionários, exceto em caso de diferenças significativas de valor.

Os autores <sup>(4)</sup>, ressaltando que tratamentos abaixo do custo com alto índice de complicações podem sair muito caros, comentam à página 269 :

*“ Conseguir desconto por um tratamento ineficiente ou abaixo do padrão não é uma pechincha, mas uma grande desvantagem”.*

Aconselham aos empregadores <sup>(4)</sup> às páginas 269 a 270, que promovam programas que alterem a mentalidade e comportamento dos funcionários e seus familiares, para que permaneçam saudáveis e assumam responsabilidade por sua saúde, através de sessões educacionais, programas de condicionamento físico, incentivos financeiros, aulas sobre estilo de vida e prevenção de doenças).

Estes programas têm sido amplamente realizados pelas áreas de saúde e benefícios do TRF, de acordo com descrição anterior, no sentido de estimular os magistrados e servidores a gerenciarem sua própria saúde e contribuírem ativamente nos resultados relacionados ao tratamento e prevenção de patologias (comentário da autora da monografia).

Os autores do livro<sup>(4)</sup> recomendam, às páginas 272 e 273, que a empresa determine quanto de valor está recebendo em termos de resultados globais para a saúde por dólar gasto em benefício-saúde e outras rubricas relacionadas à saúde, usando medidas como número de tratamentos e hospitalizações, dias perdidos e extensão da incapacidade, controlando o atributo da população de funcionários (por idade, histórico da saúde, severidade das doenças crônicas) e sua satisfação com a assistência. Deveriam receber da operadora resultados por condição de saúde, taxa de sucesso no gerenciamento de patologias crônicas e outros.

O Tribunal rastreia constantemente estes dados, através do controle do absenteísmo, acompanhamento de internações, patologias mais freqüentes que geram hospitalizações, casos de reinternações e rastreia desconformidades do contrato e avalia constantemente a satisfação dos beneficiários com os planos contratados (comentários da autora da monografia).

### 3.4- AS CRÍTICAS E SUGESTÕES DE HERZLINGER

Regina Herzlinger, no livro “ Valor para o Paciente: O Remédio para o Sistema de Saúde) <sup>(5)</sup> comenta, à página 17, o fato de que os altos custos com a saúde criam problemas de competitividade e lembra também que os preços dos carros da General Motors sofrem alta participação dos gastos com saúde dos funcionários da empresa. Critica o fato de que, apesar dos custos, a qualidade da assistência mantém-se aquém do desejado, deixando ainda de atender a uma vasta parcela da população americana.

No Brasil, com o acesso universal à saúde previsto pelo SUS, nenhum brasileiro encontra-se excluído do atendimento a suas necessidades e, embora muitas vezes devam estar submetidos a longas filas, geralmente têm a garantia da assistência e do acesso inclusive a medicamentos. (comentário da autora da monografia).

Herzlinger <sup>(5)</sup> discorre, nas páginas 17 a 25, sobre a ausência de cuidados primários com portadores de doenças crônicas, gerando elevação dos custos no tratamento de patologias complexas e sugere que se permita ao consumidor escolher entre planos que atendam a suas necessidades específicas ao invés de terem de optar por pacotes fechados a preços inacessíveis. Demonstra que esta possibilidade de aquisição levaria à competição e ao incremento da qualidade, a custos menores.

A autora <sup>(5)</sup> discorre, no Capítulo 1, sobre “ O Dia em que o Sistema de Saúde dos EUA morreu”, culpabilizando, neste e nos capítulos seguintes, o governo, as seguradoras, os hospitais, os empregadores, o Congresso e os estudiosos pela crise do sistema de saúde americano.

Herzlinger <sup>(5)</sup> enfatiza, na Introdução e no primeiro capítulo, que o controle governamental sobre os planos de saúde gera insatisfação a todos os atores, tais como médicos, consumidores, planos, prestadores e fornecedores, argumentando

que esta situação “ *sufoca novas idéias, reduz a qualidade e promove excesso de burocracia, fraudes e favoritismo.* ” (página 20) .

A autora <sup>(5)</sup> defende a idéia de que os planos atendam às necessidades específicas dos consumidores, sugerindo inclusive, à página 20, o benefício da criação de planos de baixo custo para consumidores mais humildes.

Esta situação já ocorre no Brasil, porém exigiu a criação da ANS, agência reguladora que controla o sistema de saúde suplementar e tenta evitar abusos e negativas indevidas a consumidores pessoas físicas, que possuem pouco poder de barganha (comentário da autora da monografia).

Herzlinger <sup>(5)</sup> reforça ainda, às páginas 20 e 21, a tese de que o governo deveria fornecer um subsídio à população de baixo poder aquisitivo para que possa adquirir um plano de sua própria escolha.

A autora <sup>(5)</sup> defende, às páginas 26 e 106, a “ Saúde voltada para o Paciente” (CDHC- Consumer- Driven Health Care), colocando “ *o poder nas mãos dos indivíduos e permitindo-lhes que exerçam a força quando se trata das ofertas de médicos, hospitais, seguradoras e empresas farmacêuticas*”.

Herzlinger <sup>(5)</sup> defende, no Capítulo 4 de seu livro, que o empregador utiliza parte do salário de seus empregados para subsidiar o plano de saúde e oferece a estes benefícios de baixa qualidade e sugere que a escolha possa ser feita por cada funcionário.

No Brasil, esta não é a situação na maioria das empresas, principalmente as de grande porte, as quais compreendem os benefícios da assistência à saúde de boa qualidade e esforçam-se por garantir isto a seus funcionários. Ademais, para os consumidores empregados de empresas, seria difícil adotar a tática da escolha individual, pois a contratação coletiva de operadoras aumenta o poder de barganha, reduz os custos e melhora a qualidade do atendimento (comentário da autora da monografia).

Herzlinger <sup>(5)</sup> enfatiza ainda, às páginas 29 e de 107 a 108, os riscos de atribuir-se a gestão dos contratos com planos de saúde a núcleos de recursos humanos, que possuem apenas as metas de cortarem custos, delimitando as escolhas e reduzindo os benefícios oferecidos.

De acordo com nossa experiência, esta tese é muito significativa e o Tribunal tem observado grandes vantagens na atribuição deste papel a profissionais de saúde, os quais compreendem as necessidades de saúde dos beneficiários e não apenas tratam de números e custos (comentários da autora da monografia).

A autora <sup>(5)</sup> comenta, também, à página 110, o fato de que as seguradoras preferem vender seus planos a beneficiários empregados, por apresentarem melhor situação de saúde que os desempregados.

Tal fato tem sido observado no Brasil, em que diversas operadoras têm cancelado o atendimento de clientes individuais, passando a oferecer seus serviços apenas aos empresariais (comentário da autora da monografia).

### **3.5- A ANÁLISE DE CHRISTENSEN E COLABORADORES**

Clayton M. Christensen, Jerome H. Grossman e Jason Hwang, em seu livro “Inovação na Gestão da Saúde: A Receita para Reduzir Custos e Aumentar a Qualidade” <sup>(6)</sup>, assim como os demais autores mencionados, enfatizam, às páginas 194, 195 e 219, o papel do empregador na batalha contra as doenças crônicas, exercendo papel ativo para que os empregados não fiquem desamparados entre os diversos prestadores. Reforçam, ainda, a necessidade da retenção dos melhores funcionários, mantendo-os saudáveis e produtivos, não apenas com seu treinamento

e aperfeiçoamento, mas também assumindo um papel mais ativo na gestão da qualidade e dos custos da assistência médica.

O TRF compreende esta necessidade, atuando intensamente na área de promoção de saúde, oferecendo atendimento primário em seu ambulatório, programas de condicionamento físico, palestras educativas, envio de materiais educativos por correio eletrônico, acompanhamento e fornecimento de medicamentos para portadores de doenças crônicas, organização de grupos de Vigilantes do Peso “in company”, orientação a grupos de controle do tabagismo, além de atuação em programas de ginástica laboral e saúde ocupacional, acompanhamento em saúde mental e dependência química, dentre outras atividades (comentário da autora da monografia).

Christensen e colaboradores <sup>(6)</sup> relatam às páginas 220 e 221, que as operadoras de planos de saúde geralmente não possuem planejamento a longo prazo, provavelmente devido ao período de vigência dos contratos inferior a cinco anos, reduzindo o investimento em programas preventivos de médio prazo, uma vez que as doenças crônicas apresentarão complicações durante a assistência de outras operadoras.

Os autores afirmam <sup>(6)</sup> às páginas 221 e 222, que médicos, fornecedores de materiais e medicamentos e hospitais não se interessam pela prevenção, visto que seu rendimento está atribuído ao adoecimento das pessoas.

Estes <sup>(6)</sup> aconselham os empregadores, à página 195, a reconhecerem que seu lucro é gerado pela manutenção da saúde das pessoas e que melhores empregados tendem a buscar empresas com boa assistência à saúde para trabalhar. Sugerem que estes deixem de apenas atribuírem às operadoras a responsabilidade pela saúde de seus funcionários, mas que também realizem atividades de promoção de saúde e assegurem uma adesão diária aos comportamentos e medicações prescritas.

Tal atuação, de acordo com o comentado anteriormente, é valorizada pelo Tribunal, através das atividades já mencionadas de promoção de saúde e qualidade de vida (comentário da autora da monografia).

Christensen e colaboradores <sup>(6)</sup> enfatizam ainda, à página 219 :

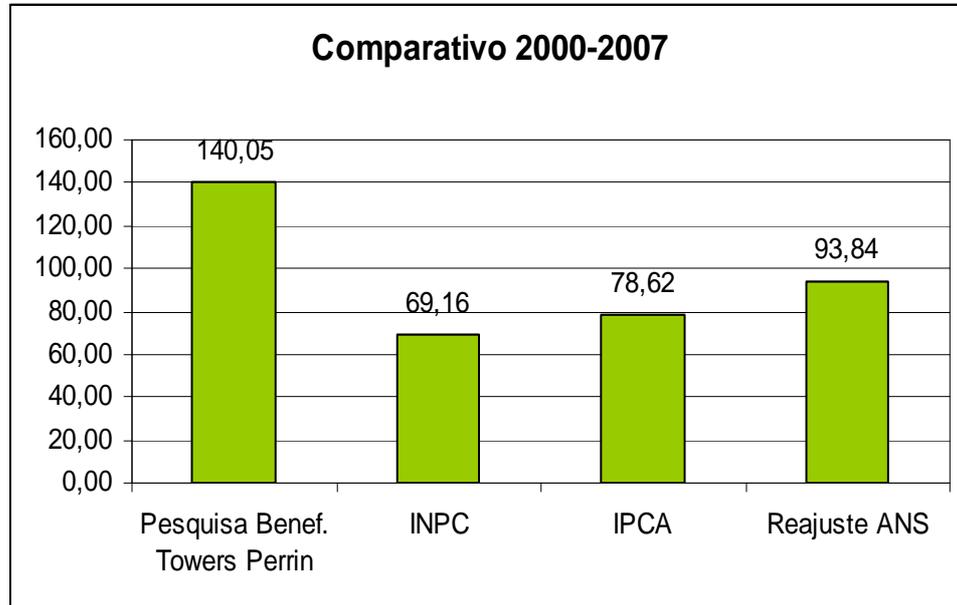
*“ O fato de tantos empregadores se queixarem do custo da assistência médica e ao mesmo tempo vacilarem em promover até mesmo pequenas mudanças em suas políticas de saúde - por medo de indispor os empregados - é uma evidência do papel exercido pela cobertura de saúde nas estratégias de recursos humanos de muitos empregadores”.*

Os autores <sup>(6)</sup> apresentam como modelo ideal a operadora que estaria disposta a gastar com saúde hoje, a fim de economizar amanhã, que lucre mantendo-os saudáveis e não quando adoecem, que conheça os pacientes pessoalmente, que ocupe uma posição geográfica que permita o atendimento de forma conveniente e que seja capaz de implementar mudanças necessárias com relativa resolução.

### **3.6 - OS CUSTOS DA SAÚDE**

De acordo com dados de Solange Mendes <sup>(7)</sup> , coletados da Fenasauúde ( Federação Nacional de Saúde Suplementar ), a inflação na área da saúde sempre suplantou os demais indicadores e as negociações dos planos empresariais sempre atingiram índices superiores aos determinados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para planos de pessoas físicas, como pode ser verificado nos gráficos abaixo, apresentados durante o 7º Fórum Jurídico UNIDAS, sob o tema “ Regulamentação dos Planos de Saúde na Visão das Operadoras de Planos de Saúde”.

Ilustração 3 - Comparativo entre reajustes de planos coletivos, índices de inflação e reajustes aprovados pela ANS



Fonte- IBGE, ANS- Apresentação UNIDAS- Solange Mendes

Ilustração 4 - Comparativo entre reajustes de planos coletivos, índices de inflação e reajustes aprovados pela ANS, de 2000 a 2007

**Evolução dos Índices de Preços vs Reajuste vs Custo da Saúde**

ITENS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Acumulado
Pesquisa Benef. Towers Perrin	9,89	12,42	13,8	11,79	12,78	12,8	10,22	8,93	140,05
INPC	5,97	7,67	12,53	9,3	6,13	5,05	2,81	5,16	69,16
IPCA	5,27	9,44	14,74	10,38	7,6	5,69	3,14	4,37	78,62
Reajuste ANS	5,42	8,71	7,69	9,27	11,75	11,69	8,89	5,76	93,84

Fonte: IBGE, ANS - Elaboração Própria

Fonte- Apresentação- UNIDAS- Solange Mendes

### 3.7- QUALIDADE E CUSTOS DA SAÚDE

Sandro Alves <sup>(8)</sup> na monografia vencedora do IV Prêmio SEAE, sob o Tema “Regulação, Eficiência Produtiva e Qualidade das Operadoras de Planos de Saúde no Brasil: Uma Análise das Fronteiras Eficientes” discorre, da página 19 a 21 sobre o sobre o IDSS (Índice de Desempenho em Saúde Suplementar), criado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para avaliação da qualidade da assistência prestada pelas operadoras de planos de saúde, avaliando ainda outros indicadores de qualidade.

O autor<sup>(8)</sup> afirma à página 14, que o setor saúde é um dos mais regulamentados, em todo o mundo, com importante preocupação das autoridades pela qualidade da assistência, inclusive quanto à venda de materiais e medicamentos, registros, protocolos, até a proibição de consumo de determinadas drogas.

Alves<sup>(8)</sup> comenta, à página 15, sobre as restrições a que o setor seria submetido, quanto à competitividade no mercado, se as exigências restringissem seu atendimento a poucas operadoras, de altíssimos padrões de qualidade, acrescentando ainda que isto pudesse se tornar proibitivo para muitos consumidores, principalmente os de baixa renda.

Afirma<sup>(8)</sup>, à página 17, que a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) deve estimular as operadoras a investir na qualificação de sua rede e no desenvolvimento de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças, uma vez que deve ser considerada gestora da saúde e não dos recursos financeiros de seus beneficiários.

Alves <sup>(8)</sup> enfatiza às páginas 21 e 22 que, com a elevação da demanda e dos custos dos serviços de saúde, oriundos da mudança do padrão epidemiológico e do envelhecimento populacional, haverá exigências por maior eficiência e qualidade das organizações de saúde, públicas e privadas.

O autor <sup>(8)</sup> atribui os custos crescentes da assistência à saúde aos seguintes fatores, discriminados à página 22 :

- ❖ *“ Incorporação tecnológica, com novos equipamentos de diagnóstico, novos procedimentos e medicamentos;*
- ❖ *Aumento da renda que tende a elevar os gastos com saúde;*
- ❖ *Aumento da proporção de idosos, cada vez mais longevos, que tendem a ter maior incidência de doenças crônicas de trato continuado, complexo e caro;*
- ❖ *Mudança do perfil das doenças, de infecto-contagiosas para distúrbios circulatórios, patologias neoplásicas, degenerativas e mentais;*
- ❖ *Sobre-utilização dos serviços médico-hospitalares, tendo em vista que os beneficiários não tangibilizam que o abuso na procura desnecessária dos serviços reverterá para uma elevação dos custos do grupo e de seu próprio plano, se não possui fatores que desestimulem esta prática, tais como um fator moderador, como a co-participação.”*

Afirma <sup>(8)</sup> à página 27 :

*“ Na saúde suplementar, tanto pelo lado da oferta quanto pelo lado da demanda, a diferenciação do produto e a percepção da qualidade influenciam as decisões dos consumidores.”*

Alves <sup>(8)</sup> refere, das páginas 27 a 29, que os seguintes itens são atributos relevantes para os consumidores na escolha dos planos :

- ❖ Reembolso: os consumidores valorizam a livre escolha com a possibilidade de reembolso, porém isto dificulta o controle sobre a frequência de utilização.
- ❖ Cobertura: o grau de cobertura (ambulatorial, hospitalar e suas variações) é uma das principais variáveis para tomada de decisão, muitas vezes tornando sua contratação impeditiva.
- ❖ Amplitude e Suficiência da Rede: os consumidores valorizam as diferenças de cobertura geográfica e de densidade de profissionais e estabelecimentos per capita.
- ❖ Qualidade da Rede: diferente qualidade dos estabelecimentos e dos profissionais, que pode ser inferida pela tradição (reconhecimento), acessibilidade, hotelaria, especialização, tecnologia e grau de resolubilidade. Os certificados de acreditação existentes no mercado

buscam justamente reduzir a assimetria de informações sobre este atributo.

- ❖ Condições de Acesso e outros Mecanismos de Regulação, tais como dispensa de autorização prévia, ausência de burocracia, ausência de direcionamento para serviços próprios.

Outra questão levantada pelo autor <sup>(8)</sup> à página 65, diz respeito à verticalização:.

*“ O conflito de interesses pode ser visualizado na relação entre as operadoras e os prestadores de serviços,” sendo que a receita de um dos atores significa custo para outro. Portanto, o conflito de interesses materializa-se nas relações contratuais das operadoras com seus provedores e beneficiários na medida em que as ações estratégicas que governam estes contratos possuem sentidos opostos. “As operadoras mais verticalizadas apresentaram menor eficiência, um sinal de que a coordenação dos incentivos não está adequada”.* Discute-se ainda a vantagem financeira, qualitativa e quantitativa da verticalização.

### **3.8- OUTROS ASPECTOS DOS CONTRATOS COLETIVOS**

Ligia Bahia <sup>(9)</sup> , em “ Os Planos de Saúde Empresariais no Brasil: Notas para a Regulação Governamental” refere, à página 1 :

*“ Os planos de saúde empresarias representam uma importante parcela do segmento de assistência médica suplementar e que, de acordo com a PNAD ( Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios ) de 1998, pelo menos 60% dos titulares de planos de saúde estão diretamente vinculados aos planos empresarias” .*

A autora <sup>(9)</sup> comenta, ainda na página 1 que, nesta relação, existe a participação de vários atores, tais como as empresas empregadoras, operadoras de planos de saúde, hospitais e provedores de serviços. As grandes empresas médicas movem-se, atualmente, principalmente à custa dos contratos empresariais, muitas

das quais tendo cancelado a venda de planos para pessoas físicas. A principal fonte de renda da maioria dos hospitais e demais prestadores de assistência à saúde, inclusive os médicos, provêm também dos planos empresariais.

Tais planos <sup>(9)</sup> são mediados por contratos que pressupõem um risco homogêneo para os integrantes de apólices coletivas, sendo reajustados pela sinistralidade da carteira e por negociação entre as empresas. Possuem coberturas mais amplas, com garantia efetiva de coberturas e preços, tendo em vista o maior poder de barganha das empresas contratantes e a pressão conjunta dos empregados, além da diluição dos riscos entre todos os beneficiários. Costumam ter menor custo do que os contratos individuais.

Os contratos dos planos individuais são mais detalhados e baseiam-se em uma avaliação personalizada do risco, visto ser o consumidor pessoa física o elo mais fraco na cadeia, tendo surgido a necessidade de uma regulação mais efetiva, surgida com a criação da ANS, para protegê-lo (comentário da autora da monografia).

Bahia <sup>(9)</sup> refere, à página 7 :

*“ As pesquisas sobre planos de benefícios das empresas brasileiras realizada pela Towers Perrin desde 1988 até 1999 abrangendo um número restrito de empresas de maior porte mostram que praticamente todas as grandes empresas possuem planos privados de saúde e um percentual elevado destas também disponibilizam seguros de vida e planos de previdência complementar para seus empregados. Para aproximadamente 49% das empresas pesquisadas em 1990, o custo dos planos de saúde representou entre 5% a 9% de sua folha nominal de salários. “*

Lígia Bahia <sup>(9)</sup> discorre ainda, à página 8, sobre o poder de organização e de barganha de trabalhadores de determinadas categorias profissionais ou empresas que reúnem um contingente reduzido de pessoas, citando como exemplos as associações e sindicatos de servidores públicos como os fiscais da receita federal, magistrados de determinados estados da federação que mantêm planos próprios e funcionários de fundações públicas, ao que acrescento o sindicato dos servidores do judiciário federal.

Ressalte-se que o SINTRAJUD (Sindicato dos Trabalhadores do Judiciário tem grande poder de mobilização dos servidores do TRF e JF na discussão das questões relativas à saúde (comentário da autora da monografia).

A autora <sup>(9)</sup> comenta à página 10 que diversas empregadoras de maior porte demandam às grandes operadoras de planos de saúde, coberturas compatíveis com a diversificação territorial dos complexos empresariais, o deslocamento de funcionários em âmbito nacional e internacional e de outras transações comerciais e financeiras entre as operadoras e as firmas.

A Justiça Federal, tendo em vista sua distribuição entre todo o território do estado de São Paulo, com deslocamento freqüente dos magistrados e servidores entre os municípios, demanda a cobertura de âmbito nacional a todas as operadoras contratadas (comentário da autora da monografia).

Bahia <sup>(9)</sup> refere ainda, à página 12:

*“ No Brasil, as firmas realizam quase sempre, contratos com uma única operadora, fato que permite que os contratos sejam realizados considerando escalas adequadas para a negociação de coberturas e preços, mas reduz a possibilidade de escolha dos empregados ”.*

A autora <sup>(8)</sup> apresenta como exceção ao que mencionou as empresas que possuem atividades em várias localidades, nas quais a operadora selecionada preferencialmente não dispõe rede assistencial.

Este é o caso da Justiça Federal, que optou pela contratação de uma operadora para atendimento aos servidores da capital e grande São Paulo e outra para assistência à saúde no interior do estado (comentário da autora da monografia).

## 4.RESULTADOS

Apesar da pouca significância numérica de uma população de cerca de 8.000 beneficiários em uma carteira de 5 milhões de vida, como a Amil, esta operadora, ao contrário da atuação da cooperativa UNIMED no período em que era contratada por inexigibilidade para o interior, valorizou o cliente corporativo Tribunal/Justiça, buscando todas as formas de satisfazê-lo, alocando uma gerência de relacionamento altamente empenhada na resolução das demandas e pronta a atender as necessidades ou apresentar justificativas técnicas para as negativas, criando uma interação bastante satisfatória com os gestores da empresa, fato que beneficiou sobremaneira os usuários do plano.

Mediante contratação, desta vez através de licitação, da cooperativa médica para atendimento aos beneficiários residentes no interior, atingiu-se as 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, principalmente pela autora 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 médica 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.

Ofereceu, ainda, ao gestor técnico do TRF, amplo acesso ao sistema de informações internas da operadora, com relação às utilizações dos beneficiários do TRF e JF, garantindo o acompanhamento dos casos mais complexos e custosos e do fluxo do contrato, do ponto de vista de gastos, qualidade e atendimento às demandas.

Através da constante intermediação entre as diversas áreas técnicas e administrativas do TRF ( equipe de saúde, áreas de contratos, de licitações, diretoria financeira e de controle interno, entre outras ), magistrados e servidores e a operadora, conduzindo as demandas 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.

A troca contínua de informações e levantamentos epidemiológicos da população de servidores da instituição forneceu, também subsídios para maior investimento em prevenção e promoção da saúde pela equipe de saúde do TRF.

Todavia, os valores oferecidos pela empresa para agregados (pais e filhos maiores de 24 anos) ao início do contrato, 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 beneficiários agregados com demanda reprimida por tratamento gerou alto índice de sinistralidade para esta carteira, para a qual está previsto reajuste independente, índice este que tem se mantido elevado, motivado pelo grande número de moléstias crônicas e de alta complexidade, tais como patologias cardiovasculares, neurológicas e neoplásicas, as quais geraram internações por períodos prolongados e significativamente custosas, gerando reajustes elevados, levando ao questionamento sobre a viabilidade de manutenção desta categoria de plano.

Tal situação gerou negociações com a operadora para que fosse oferecido, a partir de janeiro de 2011, plano opcional de rede credenciada menos abrangente e

benefícios restritos aos determinados pela Lei 9.656, com valores que seriam mantidos inalterados pelo período de um ano, cientificando-se a população de que os que decidissem manter o plano anterior estariam sujeitos ao reajuste de cerca de 50%, motivado pela sinistralidade.

Apesar da ciência sobre o reajuste elevado, cerca de metade da população optou pela manutenção do plano vigente, visto este apresentar recursos mais conceituados e estar submetido às exigências contratuais e à gestão da área técnica do Tribunal, ao contrário do novo plano, que deverá manter os padrões dos planos vendidos no mercado.

No período de 30 meses desde o início do contrato atual, verificaram-se os seguintes dados:

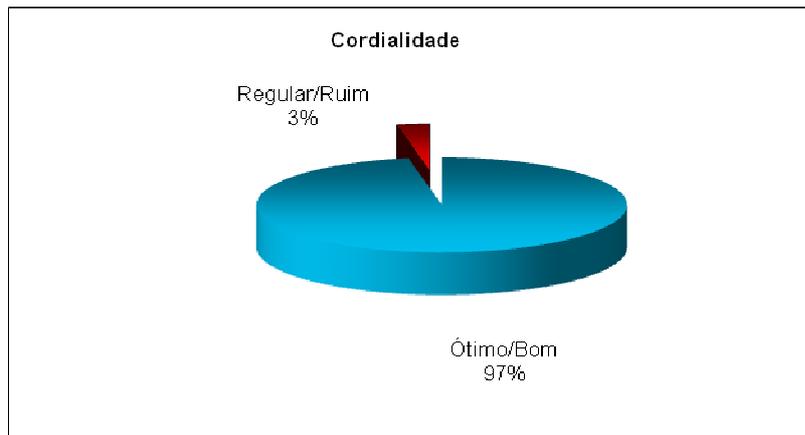
- ❖ No decorrer do primeiro ano de contrato, houve um significativo incremento no nível de satisfação da população usuária do plano de saúde, tornando-se similar ao apresentado durante a vigência do contrato anterior com a seguradora Notre Dame.
- ❖ A agilização da solução das demandas, a negociação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

#### **4.1 RESULTADOS DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE 2009-QUESTIONÁRIOS**

Pesquisa realizada em dezembro de 2009, entre os servidores, 18 meses após o início do contrato com a operadora Amil, através de questionários com questões

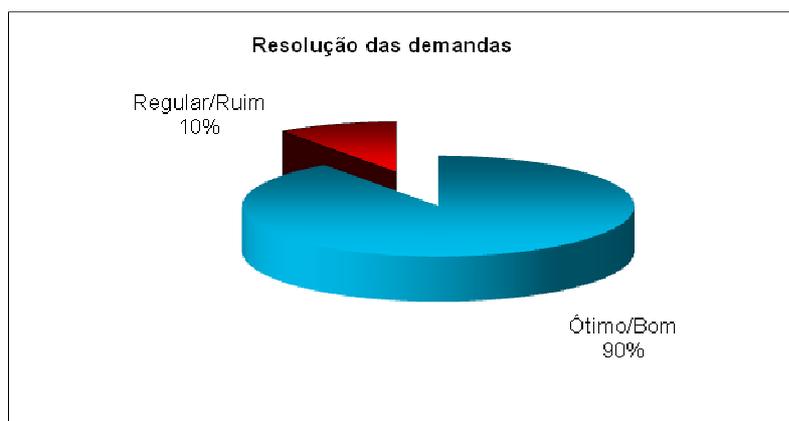
dirigidas e preenchidas pelos servidores, mostrou que o atendimento dos funcionários da Amil locados no posto do Tribunal era considerado ótimo ou bom em 97% das respostas no que tange à cordialidade, em 90% das questões sobre resolução de demandas e em 92% no que se refere ao cumprimento de prazos.

Ilustração 5 - Avaliação da cordialidade das funcionárias da Amil no Tribunal



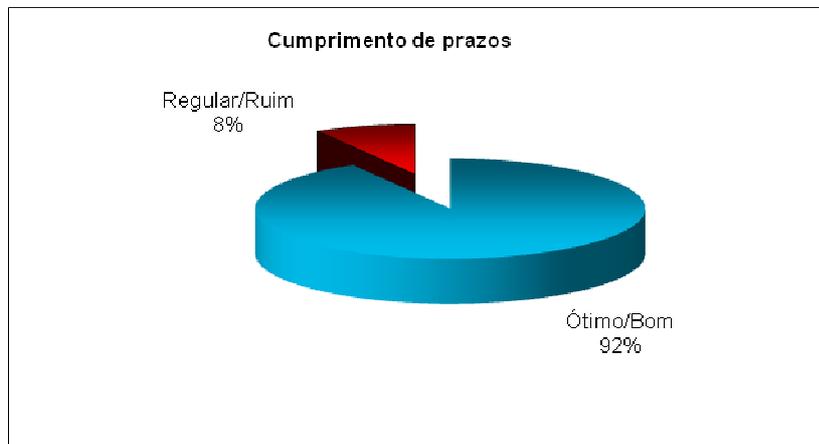
Fonte: Dados de pesquisa do TRF

Ilustração 6 - Avaliação da resolução das demandas pelas funcionárias da Amil



Fonte: Dados de pesquisa do TRF

Ilustração 7 - Avaliação do cumprimento de prazos pela Amil

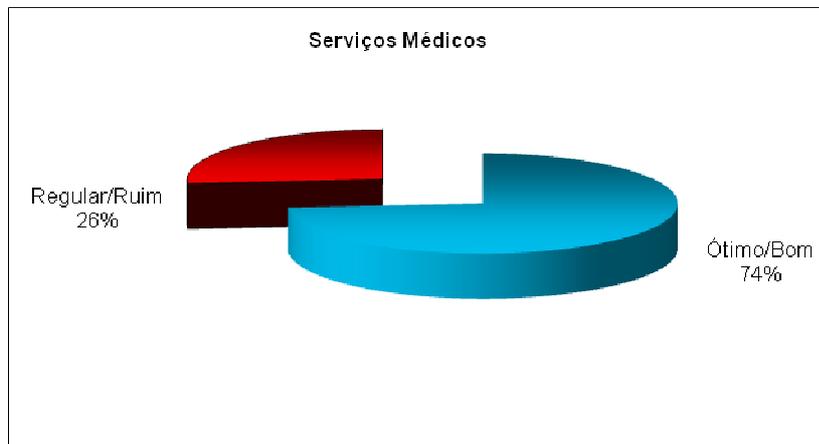


Fonte: Dados de pesquisa do TRF

A rede credenciada, porém, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo recebeu, na ocasião, notas menos elogiosas (74% do ponto de vista qualitativo e 50% do quantitativo) e esta questão tem sido freqüentemente tratada com a operadora, no sentido de implementar uma rede mais adequada às necessidades e exigências da população.

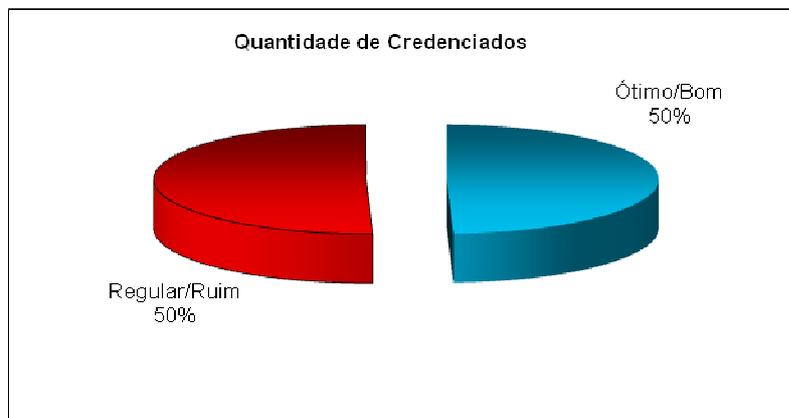
Após esta pesquisa, mediante negociação com a operadora, a rede foi ampliada, permitindo atendimento ambulatorial e integral em diversos hospitais demandados pela população de usuários, permanecendo ainda a deficiência numérica de profissionais credenciados em algumas especialidades.

Ilustração 8 - Avaliação da qualidade dos serviços médicos



Fonte- Dados de pesquisa do TRF

Ilustração 9 - Avaliação da quantidade de credenciados



Fonte- Dados de pesquisa do TRF

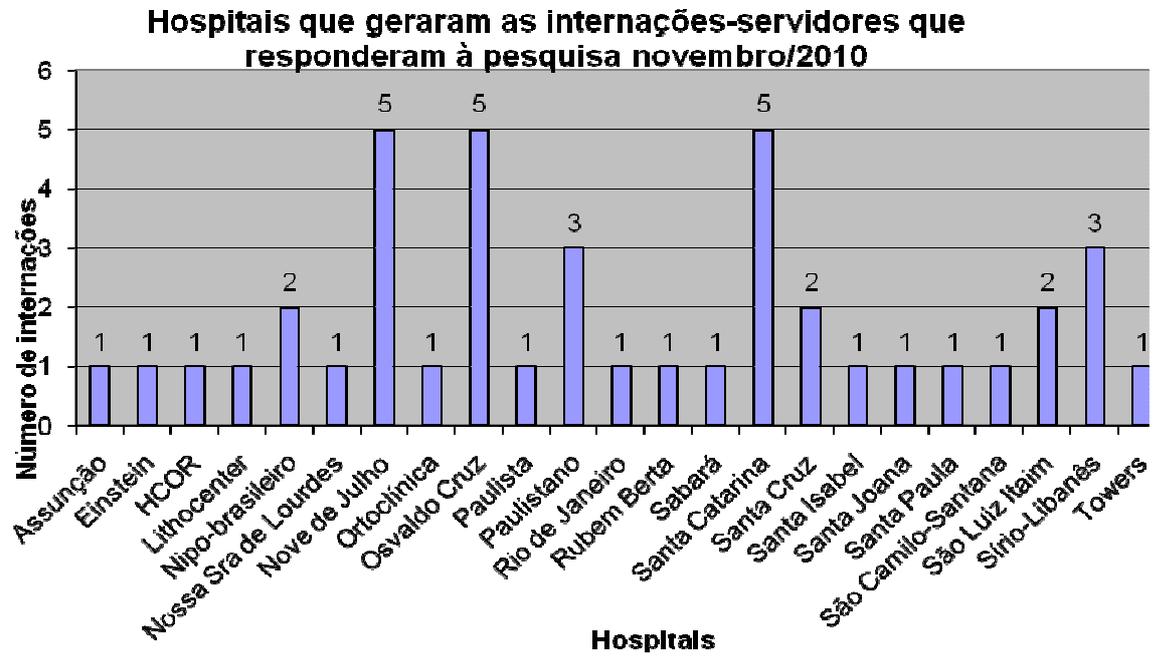
## **4.2 - RESULTADOS DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE 2010-INTERNAÇÕES**

Ao término do período de trinta meses de contrato, pesquisa realizada durante o mês de dezembro de 2010, entre os 56 servidores que foram pessoalmente ou tiveram parentes internados através da operadora em novembro do mesmo ano, mostrou alto grau de satisfação com relação aos recursos hospitalares, liberação de guias, liberação de materiais especiais e atendimento pelas funcionárias do posto disponibilizado pela Amil no TRF. A única questão que gerou queixas significativas foram os valores de reembolso aplicados pela operadora, inferiores aos das demais operadoras.

A pesquisa foi realizada através de questionário com questões dirigidas, compreendendo sete perguntas e espaços para comentários, através de ligações telefônicas efetuadas pela mesma servidora, garantindo a mesma metodologia de questionamento, tendo sido recebidas 41 respostas (73,21% dos servidores procurados). Os demais se encontravam em férias ou licença-médica.

Os beneficiários foram internados em recursos variados, predominando os hospitais Osvaldo Cruz (5), Nove de Julho (5), Santa Catarina (5), Sírio-Libanês (3) e Paulistano (3), demonstrando a qualidade dos hospitais ofertados pelo plano. Ressalte-se que o plano básico, custeado em parte pelo Tribunal, oferece atendimento integral em hospitais de alto padrão, tais como Santa Catarina, Nove de Julho, INCOR e Osvaldo Cruz. Reserva-se ao plano superior, porém, o atendimento nos Hospitais Sírio-Libanês e Albert Einstein.

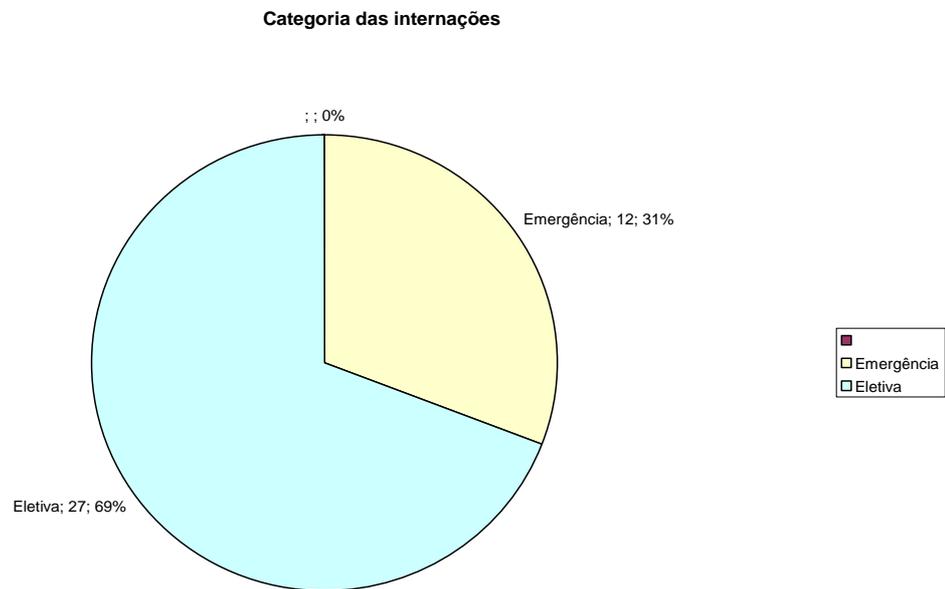
Ilustração 10 - Hospitais que geraram as internações de novembro de 2010



Fonte- Pesquisa do Tribunal

27 (69%) das internações foram consideradas como eletivas (agendadas para data posterior à solicitação) e 12 (31%), enquadraram-se como urgências e emergências médicas.

Ilustração 11 - Categoria de internações



Fonte: Pesquisa do Tribunal

Quando questionados acerca da dificuldade para garantirem internação no hospital de sua preferência no caso de internações eletivas (agendadas), sem tentativa de direcionamento por parte da operadora, nenhum dos pacientes internados nesta situação relatou qualquer evento que denegrisse a operadora.

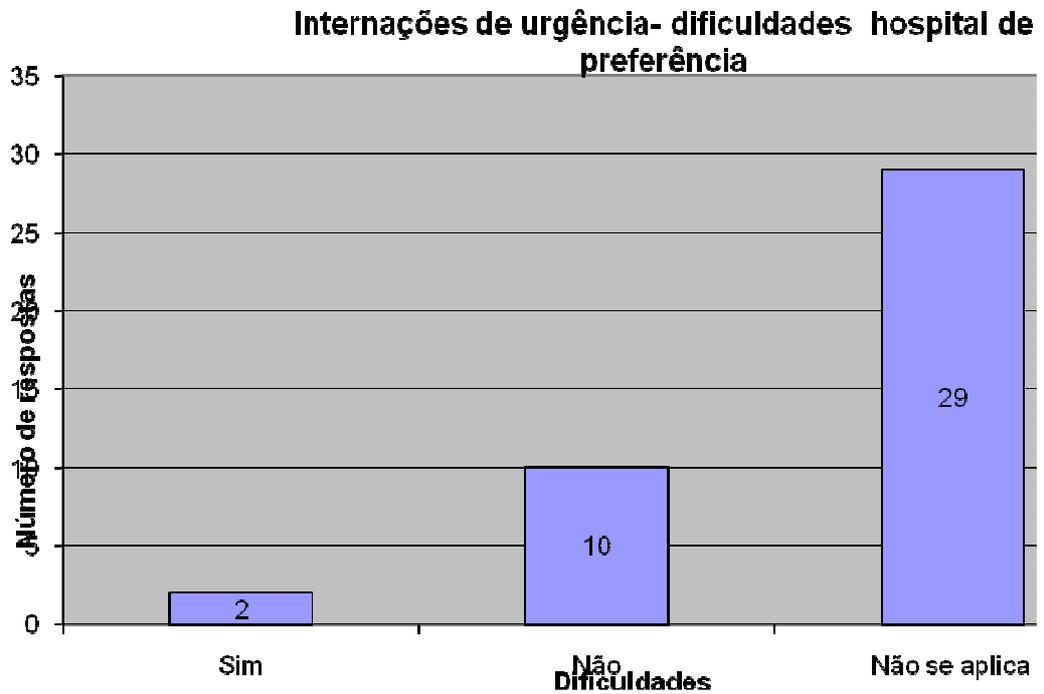
Ilustração 12 - Dificuldades para manter a escolha do hospital em internações eletivas



Fonte- Pesquisa do Tribunal

No caso de internações de urgência ou emergência, apenas dois pacientes relataram dificuldades na escolha do hospital, por indisponibilidade de vagas nos recursos de sua preferência, tendo sido levantada a hipótese, não confirmada, de direcionamento pela operadora.

Ilustração 13 - Dificuldades para escolha do hospital em internações de urgência



Fonte- Pesquisa do Tribunal

Apenas um paciente relatou dificuldades na liberação de materiais especiais, próteses ou órteses no caso de cirurgias ou outros procedimentos. Ressalte-se que, de acordo com o contrato, todas as negativas devem ser justificadas do ponto de vista técnico e discutidas com os gestores médicos do Tribunal.

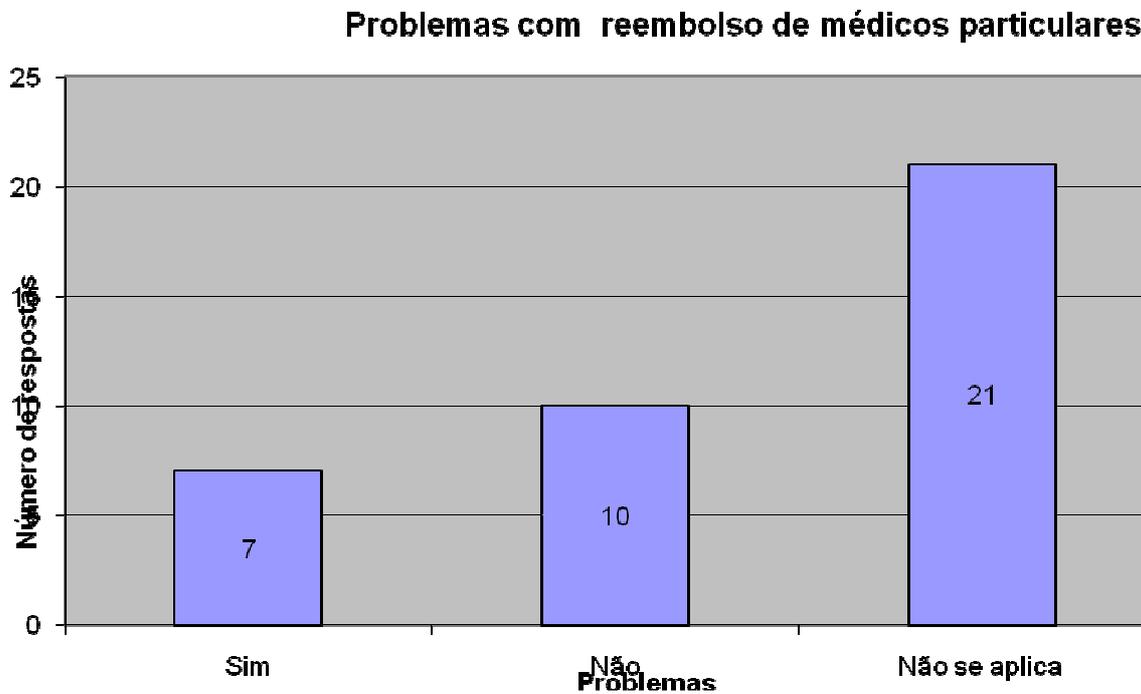
Ilustração 14 - Dificuldades na liberação de materiais especiais



Fonte: Pesquisa do Tribunal

Um dos principais questionamentos com relação aos planos oferecidos é com relação à tabela de reembolsos para livre-escolha da medicina de grupo, consideravelmente inferior à de seguradoras, principal fato gerador de resistência frente à medicina de grupo. Tendo em vista que o cálculo atuarial para fins de licitação baseou-se na tabela AMB-90, sem multiplicadores, tal questão mostra-se de difícil solução sem que ocorra reajuste no contrato.

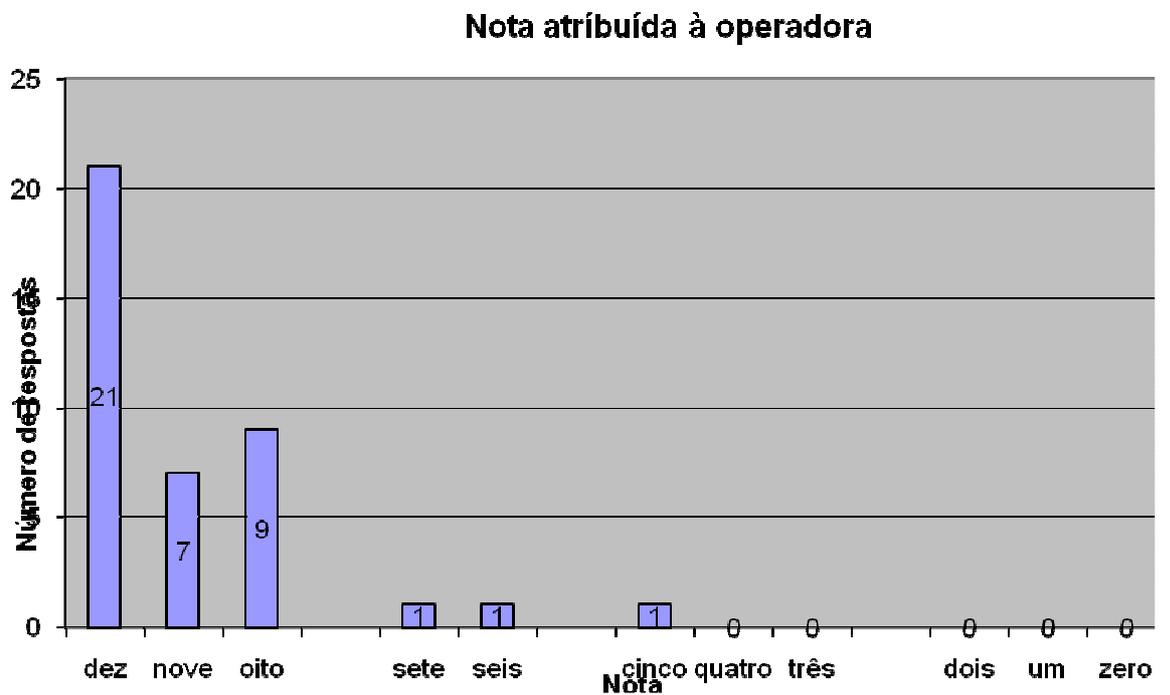
Ilustração 15 - Dificuldades com reembolsos de procedimentos realizados por médicos particulares



Fonte- Pesquisa do Tribunal

Foi solicitada a atribuição de nota entre 0 e 10 ao serviço globalmente oferecido pela operadora, principalmente com relação ao período que compreendeu a internação, sendo que a nota (calculada através da média ponderada) foi 8,85, fato que denota a percepção de alto grau de satisfação com os serviços oferecidos, apesar da ocorrência de queixas isoladas, que na maioria têm sido solucionadas.

Ilustração 16 - Nota atribuída à operadora



Fonte- Pesquisa do Tribunal

### 4.3 INDICADORES DE SATISFAÇÃO

- ❖ Indicador de satisfação dos beneficiários- Incremento de 2,54% de beneficiários com relação ao início do contrato.
  - Em junho de 2008, o plano contava com 7.476 beneficiários e em dezembro de 2010, mantinha cadastrados 7.666 usuários, apesar da estabilidade numérica da população de servidores e da opção oferecida pelo Tribunal de pagamento de auxílio-

saúde de R\$ 90,00 per capita no caso escolha de adesão a planos privados da escolha do servidor.

- ❖ Indicador de insatisfação dos beneficiários- Redução de 2,14% do número de beneficiários em relação ao pico.
  - O número de beneficiários atingiu o pico em janeiro de 2010, com 7.834 usuários (incremento de 4,79% sobre o momento de início do contrato), apresentando ligeira redução até dezembro de 2010, mantendo-se em 7.666 nesta data. O índice de insatisfação, portanto, foi de 2,14%, considerando-se as exclusões durante toda a vigência do contrato.
  
- ❖ O índice de adesão ao plano pelos servidores e dependentes do Tribunal- 76,47%
  - O número de servidores e dependentes que eram usuários do plano em dezembro de 2010 com relação ao total de servidores e dependentes do TRF, é de 76,47%, ligeiramente inferior ao calculado com relação ao 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.
  
- ❖ Taxa de adesão de agregados no plano atual x anterior- 3,79
  - A relação entre os agregados (pais e filhos maiores de 24 anos) do plano atual e do anterior é de 3,79, levando à inferência de que, apesar do custo, o atual deve atender adequadamente às expectativas dos servidores para a assistência de seus parentes próximos.

### 4.3.1 - DADOS ESTATÍSTICOS

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

$$S = (n_2 - n_1)/n_1 = (7.666 - 7.476)/7.476 = + 2,54\%$$

$n_1$ - número total de beneficiários ao início do contrato (junho/2008);

$n_2$ - número total de beneficiários após 30 meses do início do contrato (dezembro/2010).

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

$$I = (n_2 - n_3)/n_2 = (7.666 - 7.834)/7.834 = 2,14\%$$

$n_2$ - número total de beneficiários após 30 meses do início do contrato

$n_3$ = pico numérico de adesões ao plano, em janeiro/2010

- 3) Índice de adesão ao plano atual no Tribunal ( $A_1$ )

$$A_1 = b_1/p_1 = 3.550/4.642 = 76,47\%$$

$b$ = número servidores e dependentes do Tribunal que beneficiários do plano contratado ;

$p$ = população total de servidores e dependentes do Tribunal

- 4) Índice de adesão ao plano anterior no Tribunal ( $A_2$ )

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

5) Taxa de adesão de agregados (Ag)

$$Ag = A_2/A_1 = 463/ 122 = 3,79$$

A<sub>1</sub>- número de agregados no plano da empresa contratada no período 2.003 a 2.008

A<sub>2</sub>- número de agregados beneficiários do contrato atual (dados de dezembro de 2010).

#### **4.4 - RECURSOS MAIS UTILIZADOS**

A tabela abaixo apresenta os recursos que geraram o maior número de internações, dentre as 1.128 hospitalizações ocorridas no período entre fevereiro de 2.010 e fevereiro de 2.011, de acordo com dados da operadora Amil, demonstrando que grande parte dos beneficiários recebem assistência médica em hospitais de primeira linha, garantindo-se que as internações em serviços próprios ocorrem apenas mediante a solicitação do beneficiário.

Ilustração 17 - Principais hospitais que geraram internações entre 02/2010 e 02/2011

Hospitais	Número de internações	% do total
Santa Catarina	125	11,08%
Nove de Julho	111	9,84%
Oswaldo Cruz	106	9,40%
Paulistano	77	6,83%
São Luiz	55	4,88%
Nipo-brasileiro	47	4,17%
Albert Einstein	46	4,08%
		1.128

Fonte: Dados do sistema da operadora Amil relativos ao TRF e JF

#### 4.5 - DADOS NOSOLÓGICOS DA POPULAÇÃO

As patologias apresentadas na tabela abaixo geraram o maior número de internações dentre as 1.128, de servidores e dependentes ocorridas no mesmo período (fevereiro de 2010 a fevereiro de 2011), de acordo com dados da mesma operadora. Note-se que dentre esta população, a maior frequência de hospitalizações deveu-se a partos, patologias agudas em grande parte cirúrgicas (colecistite, varizes, lesões de joelhos, leiomiomas), alguns casos clínicos (cálculos renais e urinários como a principal causa de internação) e alguns casos de câncer de menor gravidade (tireóide e mama).

Ilustração 18 - Patologias que geraram maior número de internações – servidores e dependentes

Patologias	Número de internações
Calculose urinária ou cólica nefrética	57
Cesariana	43
Dor abdominal	32
Colelitíase ou colecistite	30
Varizes de membros inferiores	27
Transtornos internos do joelho	27
Parto normal	23
Pneumonia	22
Hérnia inguinal	16
Leiomioma do útero	15
Pólipo uterino	14
Lesões do ombro	13
Carcinoma da tireóide	12
Catarata	12
Desvio do septo nasal	11
Insuficiência cardíaca	11
Fimose	11
Gastroenterocolite aguda	10
Apendicite aguda	10
Carcinoma de mama	10
Tenossinovite	10

Fonte: Dados do sistema da operadora Amil relativos ao TRF e JF

As patologias que, no total de pacientes (servidores e dependentes) acometidos, geraram maior tempo médio de internação, em um total de 3.973 dias, foram as psiquiátricas (esquizofrenia, psicose e transtornos bipolares), quadros convulsivos, uma queimadura, anemia falciforme, complicações do recém-nascido e febre de origem indeterminada. Os demais tempos prolongados de internação podem ser atribuídos ao maior número de casos daquela doença (pneumonias, doenças coronarianas, cesarianas, dores abdominais e pélvicas).

Ilustração 19 - Patologias com maiores períodos de internação- servidores e dependentes

Patologia	Número internações	Tempo total	Tempo médio
Pneumonia	22	177	3,50
Febre de origem indeterminada	9	158	17,56
Infarto do miocárdio/angina	18	145	8,06
Convulsões	6	138	23,00
Transtorno bipolar	6	128	21,33
Cesariana	44	125	2,84
Dor abdominal e pélvica	34	111	3,26
Carcinoma de mama	10	82	8,20
Insuficiência cardíaca	12	67	5,58
Complicações do recém-nascido	3	57	19,00
Depleção de volume (desidratação)	9	56	6,22
Queimadura	1	55	55,00
Parto normal	24	54	2,25
Lombalgia	9	53	5,89
Doença pulmonar obstrutiva crônica	6	51	8,50
Esquizofrenia	2	47	23,50
Cálculo urinário	34	46	1,35
Asma	33	45	1,36
Cefaléia (dor de cabeça)	5	41	8,20
Infecção urinária	25	44	1,76
Miastenia gravis	3	40	13,33
Transtornos pelo álcool	2	39	19,50
Anemia falciforme	1	37	37,00
Carcinoma de tireóide	13	34	2,62
Gastroenterocolite aguda	13	30	2,31
Erisipela	3	28	9,33
Carcinoma de rim	4	27	6,75
Psicose	1	27	27,00
Hérnia inguinal	18	27	1,50
Doenças do aparelho digestivo	6	27	4,50

Fonte: Dados do sistema da operadora Amil relativos ao TRF e JF

Já para os agregados, dentre as 177 internações, o maior número foi devido principalmente às seguintes patologias: Pneumonia (14 casos), infecção urinária (14

casos), quadros que costumam acometer pacientes idosos, debilitados e portadores de doenças crônicas, gerando internações prolongadas e altamente custosas.

Para esta população, as patologias que geraram internações mais prolongadas, em um total de 2.098 dias, em média, foram doenças neurológicas (doença de Parkinson, acidente vascular cerebral, hemorragia subaracnóidea), psiquiátricas (distúrbios psiquiátricos pela cocaína e transtorno bipolar) e patologias do recém-nascido (nascidos de partos de agregados maiores de 21 anos).

O tempo total de internações mais prolongado foi motivado por patologias infecciosas, como pneumonia e infecção urinária, de maior repercussão clínica na faixa etária superior a sessenta e cinco anos e em pacientes portadores de patologias crônicas, caracterizando-se este grupo pela maior significância de doenças crônicas, e degenerativas, principalmente de sistema nervoso central e cardíacas.

Constatou-se, pelo levantamento destes dados,

- ❖ Tempo médio de internação para o grupo de servidores e dependentes - 3,52 dias
- ❖ Tempo médio de internação para o grupo de agregados- 11,85 dias.

Ilustração 20 - Patologias com maiores períodos de internação- agregados

Patologia	Número internações	Tempo total	Tempo médio
Infecção urinária	14	413	29,50
Pneumonia	14	202	14,43
Acidente vascular cerebral	4	173	43,25
Distúrbios do recém-nascido	2	89	44,50
Doença de Parkinson	1	87	87,00
Transtorno mental por cocaína	1	85	85,00
Depleção de volume (desidratação)	3	76	25,33
Transtorno bipolar	1	61	61,00
Insuficiência cardíaca	5	61	12,20
Insuficiência renal aguda	2	50	25,00
Complicações de próteses	1	50	50,00
Diabetes mellitus	2	35	17,50
Hemorragia subaracnóidea	1	34	34,00
Hipertensão arterial	2	29	14,50
Doenças coronarianas	6	29	4,83
Neoplasias não especificadas	1	28	28,00
Demências	2	28	14,00
Febre de origem indeterminada	1	28	28,00

Fonte: Dados do sistema da operadora Amil relativos ao TRF e JF

## 5 - 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 subitens, motivando satisfação por parte dos usuários daquelas localidades.

- ❖ É possível atender às expectativas dos beneficiários com diferentes categorias de operadoras?

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.

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.

- ❖ É necessária a gestão técnica do contrato do plano de saúde em grandes empresas?

A intermediação técnica 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.

Até o momento, percebe-se que a gestão técnica tem gerado uma relação de confiança por 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.

- ❖ É possível conciliar interesses, estabelecendo uma relação harmoniosa entre a operadora e os clientes empresariais?

Conclui-se, do modelo em questão, do levantamento bibliográfico e das pesquisas de satisfação realizadas, que a relação entre operadora e cliente empresarial pode ser não conflituosa, atingindo um patamar em que a relação ganha-ganha permite uma relação vantajosa para ambos, gerando qualidade de atendimento e satisfação por parte da população beneficiária da assistência, da administração e dos gerentes das operadoras.

Tal situação foi comprovada durante os contratos com duas categorias de operadoras diversas, quais sejam uma seguradora e uma medicina de grupo.

Questões orçamentárias, porém, dependentes de determinações legais da União, poderão levar, no futuro, à necessidade de reestruturação do modelo de assistência à saúde e serão objeto de novo estudo.

## 6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 3ª REGIÃO. *Instrução Normativa 38-03: Programa de Benefícios e Assistência- Pró-social*. Expedição: 05/11/2007. Revisão: 17/04/2008. 31 p.
  
- 2) SANTOS, Isabela S. *Planos Privados de Assistência à Saúde no Mundo do Trabalho*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em saúde pública, área de concentração Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000. In [http://www.ans.gov.br/data/files/FF8080822647FA8901264D11F307381A/Biblioteca\\_Dissert-Planos%20Privados%20de%20Assist%C3Aancia%20a%20Saude%20no%20%20a%20Saude%20no%20Mundo%20do%20Trabalho\\_Isabela\\_Santos.pdf](http://www.ans.gov.br/data/files/FF8080822647FA8901264D11F307381A/Biblioteca_Dissert-Planos%20Privados%20de%20Assist%C3Aancia%20a%20Saude%20no%20%20a%20Saude%20no%20Mundo%20do%20Trabalho_Isabela_Santos.pdf). Acesso em 13 mar. 2011. 128 p.
  
- 3) REIS, Carlos O.O; Silveira, Fernando G.; Andreazzi, Maria de Fatima S. *Avaliação dos Gastos das Famílias com a Assistência Médica no Brasil: O Caso dos Planos de Saúde*. IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Texto para Discussão. 2002. In [http://www.ans.gov.br/data/files/FF8080822647FA890126511617AB7716/Biblioteca\\_Artigo-Avaliacao\\_%20gastos\\_%20familias.pdf](http://www.ans.gov.br/data/files/FF8080822647FA890126511617AB7716/Biblioteca_Artigo-Avaliacao_%20gastos_%20familias.pdf). Acesso em 22 fev. 2011. 29 p.
  
- 4) PORTER, Michael . E.; TEISBERG, Elisabeth O. *Repensando a saúde*. Porto Alegre: Bookman, 2007. 432 p.

- 5) HERZLINGER, Regina. *Valor para o paciente: o remédio para o sistema de saúde*. Porto Alegre: Bookman, 2011. 312 p.
  
- 6) CHRISTENSEN, Clayton M.; Grossman, Jerome H.; Hwang, Jason. *Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade*. Porto Alegre: Bookman, 2009. 422 p.
  
- 7) MENDES, Solange B. P. A. *Regulamentação dos Planos de Saúde na Visão das Operadoras de Planos de Saúde*. In 7º Fórum Jurídico UNIDAS. 2008. Disponível em [http://www.unidas.org.br/institucional/arq\\_inst/7\\_forum/23](http://www.unidas.org.br/institucional/arq_inst/7_forum/23). Acesso em 12 mar. 2011.
  
- 8) Alves, Sandro L. *Regulação, Eficiência Produtiva e Qualidade das Operadoras de Planos de Saúde no Brasil: Uma Análise das Fronteiras Eficientes*. Monografia. Tema: Regulação Econômica. 2009. 4º Prêmio SEAE 2009. 76 p.
  
- 9) Bahia, Ligia. *Os Planos de Saúde Empresariais no Brasil: Notas para a Regulação Governamental*. In [http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/objeto\\_regulacao/AA7.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/objeto_regulacao/AA7.pdf). Acesso em 21 fev. 2011. 16 p.
  
- 10) BRASIL. *Lei 9.656. Dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde*. 1998. In < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm)>. Acesso em 13 mar. 2011.