

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.
CAMPUS JOINVILLE
CURSO GESTÃO HOSPITALAR

CINTIA DAMACENO DE BORBA
IVONE MARIA DE QUEIROZ DOS SANTOS

QUALIDADE DOS PROCESSOS NO ATENDIMENTO
AMBULATORIAL EM PRESTADORA DE SERVIÇO DE
JOINVILLE

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

IF-SC - Joinville BIBLIOTECA	
Nº Registro 11086	Código Sophia 154423
Data: 29/10/2015	

JOINVILLE, 2015

CINTIA DAMACENO DE BORBA
IVONE MARIA DE QUEIROZ DOS SANTOS

QUALIDADE DOS PROCESSOS NO ATENDIMENTO
AMBULATORIAL EM PRESTADORA DE SERVIÇO DE
JOINVILLE

JOINVILLE, 2015

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.
CAMPUS JOINVILLE
CURSO GESTÃO HOSPITALAR

CINTIA DAMACENO DE BORBA
IVONE MARIA DE QUEIROZ DOS SANTOS

QUALIDADE DOS PROCESSOS NO ATENDIMENTO
AMBULATORIAL EM PRESTADORA DE SERVIÇO DE
JOINVILLE

Submetido ao Instituto Federal
de Educação, Ciência e
Tecnologia de Santa Catarina
como parte dos requisitos para
obtenção do título de Tecnólogo
em Gestão Hospitalar.

Professora Orientadora: Ms.
Reginalda Maciel

JOINVILLE, 2015

Borba, Cintia Damaceno de.

Qualidade dos Processos no Atendimento Ambulatorial em Prestadora de Serviço de Joinville/ Borba, Cintia Damaceno de e Santos, Ivone Maria de Queiroz dos - Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2015. 44 f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de Santa Catarina, 2015. Graduação. Curso Superior em Tecnologia de Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientadora: Ms. Reginalda Maciel.

1. Qualidade 2. Ambulatorial 3. Processos

**QUALIDADE DOS PROCESSOS NO ATENDIMENTO
AMBULATORIAL EM PRESTADORA DE SERVIÇO DE
JOINVILLE**

**CINTIA DAMACENO DE BORBA
IVONE MARIA DE QUEIROZ DOS SANTOS**

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do Título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar, e aprovado em sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville,.....

Prof. Jorge Cunha
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Reginalda Maciel
Orientadora
Instituto Federal de Santa Catarina.

Prof.^a Marlete Scremin

Prof.^a Marciele Misiak Caldas

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a todos os que cooperaram conosco. Eu (Ivone) agradeço ao meu esposo Natanael e a meus familiares pelo apoio, paciência e compreensão. A Cintia também agradece o apoio de seu namorado Henrique pelo incentivo e também às informações prestadas quando necessárias. Que este trabalho assim como nossa dedicação sirva de exemplo positivo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, pela nossa existência e por nos conceder forças em muitas situações de nossa vida, contribuindo para nossa perseverança diante dos obstáculos, e chegando a realização de nosso sonho acadêmico. Nossos agradecimentos à Professora Orientadora Ms. Reginalda Maciel que participou ativamente na construção deste trabalho. Ao Professor Jorge que em muitas ocasiões colocou-se a nossa disposição para sanar eventuais dúvidas. A todos os nossos colegas que contribuíram significativamente para tornar as aulas mais dinâmicas, compartilhando suas experiências e conhecimentos, e, com quem estabelecemos grandes laços de amizade. E por último e não menos importante, os supervisores de estágio, por ajudarem e pela oportunidade de vivenciar na prática nosso objeto de pesquisa.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar o relacionamento entre uma prestadora de serviço de saúde e uma operadora, considerando o estudo de campo e pesquisa documental. Sendo feita uma análise qualitativa com a observação das autoras referente ao processo. Apresentaremos a face atual do processo de autorização e serão discutidos os principais pontos a serem aprimorados e algumas sugestões para ocorrer à melhoria desse processo.

Palavras-chave: Qualidade. Ambulatorial. Processos.

ABSTRACT

This work aims to analyze the relationship between the quality of patient care processes a provider of health care in the health service procedures for the authorization process, considering the field study and documentary research. It is made a qualitative analysis with the observation of the authors regarding the process. We will present the current face of the authorization process and key points will be discussed to be improved and some suggestions for the improvement of this process occur.

Keywords: Quality. Outpatient. Processes.

GLOSSÁRIO¹

Beneficiário: Pessoa física que possuem direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, observada a legislação vigente, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica. O termo beneficiário refere-se assim ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma determinada operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

Carência: Prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do instrumento, durante o qual o beneficiário não tem direito as coberturas contratadas.

Cobertura assistencial do plano: A cobertura assistencial de um plano de saúde é o conjunto de direitos - tratamentos, serviços e procedimentos médicos, hospitalares e odontológico, adquirido pelo beneficiário, a partir da contratação do plano.

Consulta: É o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

Contratada: É a operadora de planos privados de assistência a saúde especificada na proposta de adesão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a

¹ No trabalho alguns termos podem não aparecer, porem foram acrescentados a esta lista para uma maior compreensão sobre serviço de saúde suplementar. Os termos foram retirados do manual da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2012).

prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

Doença: É o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

Doença ou Lesão Preexistente: É todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa a função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua opção direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o usuário (ou seu responsável) tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano, ou ainda, quando constatado por exame pericial de admissão.

Exame: É o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.

Operadoras de planos privados de assistência à saúde: Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, autorizada, a partir do registro na ANS, a comercializar planos privados de assistência à saúde.

Plano: É a opção de cobertura adquirida pela contratante.

Prestadores de serviços de saúde: Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, que oferecem o cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, tratamento e habilitação.

Rol de Procedimentos: Lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológica e o plano referência).

Web: (World Wide Web - www ou apenas "Web") - sistema hipertextual que opera através da Internet.

LISTA DE SIGLAS

ABRAMGE: Associação Brasileira de Medicina de Grupo

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar é a autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, criada e regulada pela Lei nº 9961/2000, que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

CFM: Conselho Federal de Medicina.

CID-10: É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. Os procedimentos cobertos por esse instrumento são somente os relacionados no rol da segmentação ambulatorial e da segmentação hospitalar com obstetrícia divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CONSU: Conselho Nacional de Saúde Suplementar é um órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com a competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar e acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

COPISS: Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar

CRM: Conselho Regional de Medicina.

INMETRO: Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia

PAC: Procedimento de alta complexidade.

SADT: Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia — modalidade de prestação de serviços na área da saúde.

TISS: Troca de Informações na Saúde Suplementar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Justificativa.....	18
1.2 Definição do Problema.....	20
1.3 Objetivo Geral.....	22
1.4 Objetivos Específicos.....	22
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	23
2.1 Qualidade.....	23
2.2 Atendimento Ambulatorial.....	24
2.3 Processos.....	25
3 METODOLOGIA.....	27
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	28
4.1 Exames e procedimentos simples.....	30
4.2 Retorno/reincidência.....	31
4.3 Exames e procedimentos complexos, genéticos ou com (DUT) diretrizes de Utilização.....	31
4.4 Doença ou Lesão pré-existências declaradas pelo beneficiário.....	31
4.5 Outros documentos que se faz necessário enviar para ao beneficiário.....	32
4.6 Sugestões de Melhoria.....	34
5 CONCLUSÕES.....	37
REFERÊNCIAS.....	39

INTRODUÇÃO

A ANS publicou que o objetivo em fomentar a divulgação permanente de informações que contribuam para o esclarecimento dos beneficiários, possibilitando maior comparabilidade dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde no país, a importância dos Programas de Qualificação do setor de Saúde Suplementar como instrumentos de avaliação para o consumidor quanto à escolha do seu plano de saúde.

De acordo com Malta (2005, p. 37)

O setor de saúde suplementar no Brasil é composto por empresas que operam os planos de saúde, prestadores de serviço de saúde, profissionais de saúde e usuários dos serviços que são vinculados às empresas que operam os planos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, sua sede fica na cidade do Rio de Janeiro, e o atendimento ao cidadão sobre planos de saúde é feito pela Central de Atendimento ao Consumidor na internet, pelo Disque ANS 0800 701 9656 e pelos Núcleos da ANS espalhados pelo país. A acreditação das operadoras tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, de acordo com avaliação feita por entidades de acreditação homologada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar² e, a partir de 03/05/2013, obrigatoriamente habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).

A análise das empresas leva em conta diversos pontos para conceder a certidão, como a administração, a estrutura e a

² Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: (<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>). Acesso em: 03 de Jun. 2003.

operação dos serviços de saúde oferecidos, o desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados e o nível de satisfação dos beneficiários.

Operadoras de Plano de Saúde são empresas responsáveis por organizar e comercializar os produtos e planos de saúde que geram os pagamentos dos serviços médicos-assistenciais. São responsáveis por intermediar as relações entre os clientes e a rede credenciada; e os Clientes são os pagadores dos serviços contratados por intermédio das operadoras. (TAJRA, 2010, p. 26)

Atualmente os profissionais da área da saúde procuram parcerias ao invés de estarem em seus consultórios, buscam parcerias com as clínicas e outros segmentos procurando disponibilizar seus serviços com outras categorias complementares ou interligados, compartilhando custos e somando assim a clientela. **(Grifo das autoras)**

A empresa em estudo classifica-se como prestadora de saúde, a rede de atendimento é filiada à ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo – composta por mais de 567 operadoras – garantindo atendimento nacional em situações de urgência e emergência. É a maior rede credenciada de uma operadora individual em Santa Catarina e possuem certificação ISO 9001. Atua no mercado de Santa Catarina desde 1998, a prestadora de saúde cresceu mais de 4.800% em 12 anos, saindo de um faturamento de pouco mais de 3 milhões anuais em 2002 para mais de 200 milhões em 2014.

Todo o lucro do seu faturamento vem sendo reinvestido totalmente no seu crescimento e seu objetivo é alcançar um milhão de beneficiários até 2020. Possui uma equipe experiente com mais de 150 profissionais, cuja administração diferencia-se por ser composto de profissionais especialistas em administração de empresas, o que lhes permite gerenciamento eficaz de sua carteira de beneficiários. Oferece uma ampla e inovadora oferta de produtos a preços competitivos apresenta um dos maiores mix de Planos Médico-Hospitalares do mercado, possui ofertas

diferenciadas e adequadas a cada beneficiário, dispõem dos melhores médicos, laboratórios e hospitais, convênio farmácia e assistência odontológica. Conta com outras 20 agências comerciais distribuídas no estado. (**Grifo das autoras**)

1.1 Justificativa

As ligações para a central de autorização de procedimento são as prestadoras gerando 90% das ligações enquanto 10% são ligações dos beneficiários do plano de saúde.

O Sistema de Saúde (SUS), ainda apresenta lacunas e arestas e, por isso, são imprescindíveis às ações da iniciativa privada, tanto remuneradas (como convênios e hospitais particulares) como as voluntárias (providas por organismos religiosos ou científicos, sem fins lucrativos). (FREITAS, 2014, p.193)

Entretanto Mere Jr. (2014), comenta que o SUS mesmo cerceado pela burocracia e ineficiência do Estado, alcançou avanços importantes para a população, porém ao mesmo tempo, enfrenta desafios gigantescos para oferecer saúde básica e implantar, definitivamente, o Programa de Saúde da Família e quando consegue o beneficiário enfrenta dificuldades para conseguir realizar exames diagnósticos de toda ordem. Essas lacunas, ao longo da das décadas, foram sendo preenchidas pela suplementar. Os planos e seguros de saúde contribuíram fortemente para isso e chegam a ser responsáveis pelo atendimento de mais da metade de populações de grandes cidades, como São Paulo e Rio de Janeiro, no país todo já somam 50 milhões de usuários da saúde suplementar.

Portanto, além de combater o subfinanciamento, a corrupção e a má gestão do sistema público, precisamos enfrentar um quarto problema: a inflexibilidade dos gestores em admitir que a máquina pública atuando sozinha é ineficiente.

Todo o usuário do sistema de saúde seja ele privado ou público tem alguma insatisfação, mesmo tendo atualmente mais oportunidades de escolha ainda a muito a melhorar no setor de atendimento à saúde, precisa de gestores interessados em administrar os vários setores para melhorar o cenário e levar conforto e confiança para os diversos setores ainda precários onde os médicos e responsáveis por clínicas ou outro seguimento de saúde passa para outros a administração financeira e obtendo produtos e mão de obra inferiores surgindo as falhas e crescendo as reclamações dos usuários.

Conforme o IBGE³ a PNAD (2003) estimou em 43,2 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que correspondia a 24,6% da população do País. Destes, 34,2 milhões de pessoas (79,2%) estavam vinculados a planos de saúde privado, individual ou coletivo. Os restantes, 9 milhões de pessoas (20,8%), estavam cobertos por planos de instituição de assistência ao servidor público (municipal, estadual ou militar). A cobertura por plano de saúde era expressivamente maior (28,0%) na população residente em áreas urbanas, comparativamente aos que residiam nas áreas rurais (6,0%).

Considerando o total da população brasileira, 79,3% (139,5 milhões de habitantes) declararam ter um serviço de saúde de uso regular. Destes, 35% eram menores de 19 anos e 52,5% eram mulheres. Não se verificou variação expressiva entre as faixas de rendimento mensal familiar. Os Postos ou

³ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>. Acesso em: 13 Jun. 2013.

Centros de Saúde foram os serviços majoritariamente referidos pela população como serviços de uso regular (52,4%), seguidos, em ordem de importância, pelos Consultórios Particulares (18%), Ambulatórios de Hospitais (16,9%), Pronto Socorro ou Emergência (5,8%), Ambulatório ou Consultório de Clínicas (4,4%) e Farmácia (1,4%). No conjunto de pessoas que têm um serviço de saúde de uso regular, as mulheres indicaram com mais frequência do que os homens o Posto de Saúde (58,9% e 52,5%, respectivamente), enquanto os homens indicaram com mais frequência do que as mulheres o Ambulatório do Hospital (17,2% e 16,6%, respectivamente), o Consultório Particular (16,9% e 14,2%, respectivamente) e o Pronto Socorro ou Emergência (6,2% e 5,4%, respectivamente). Os Postos ou Centros de Saúde e os Ambulatórios de Hospitais foram referidos com maior frequência como serviços de saúde de uso regular à medida que o rendimento mensal familiar caía e, inversamente, os Consultórios Particulares e os Ambulatórios de Clínicas foram referidos com maior frequência como serviços de saúde de uso regular à medida que este rendimento aumentava.

A Política Nacional de Saúde dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento de serviços.

1.2 Definição do Problema

Muitas clínicas não têm treinamento do suporte WEB, por falta de tempo ou por falta de vontade, não sabem os códigos dos procedimentos, não sabem fazer a senha de autorização pelo sistema WEB (World Wide Web - www ou apenas "Web") - sistema hipertextual que opera através da Internet.

Esses fatores podem gerar ocorrências como: Retorno/reincidência de procedimento; Prestador solicitante não cadastrado na WEB; Clínica sem internet para fazer autorizações e outros fatores. Devido aos fatores gerados no atendimento faz-

se necessário a pesquisa para uma possível solução ou melhoria neste setor das operadoras de Saúde.

Na área da saúde muitas vezes as negociações entre as operadoras de planos de saúde/odontológicos e a rede credenciada são tumultuadas, levando a um desgaste nas relações, e a sensação de insatisfação das partes se torna uma característica comum nessa área. (TAJRA, 2010, p. 31)

Prazos máximos para atendimento, de acordo com a ANS, após o prazo de carência, o beneficiário terá direito ao atendimento, conforme segmentação do plano (se odontológico ou médico-hospitalar; se ambulatorial ou hospitalar com ou sem obstetrícia; se referência), e este atendimento deverá ocorrer dentro dos prazos máximos. De acordo com a ANS no RN nº 338 (Rol de procedimentos vigente) na Subseção II Do Plano Ambulatorial no Art. 20. O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares de acordo aos parâmetros conferidos pela ANS.

Tempo de atendimento para consultas, exames e internações estabelecido pela ANS estabelece prazos máximos para o atendimento do beneficiário de plano de saúde nos serviços e procedimentos por ele contratados. Este prazo refere-se ao atendimento por qualquer profissional da especialidade desejada e não por um profissional específico. A ANS não pode interferir na capacidade de atendimento dos prestadores de serviços de saúde e, sim, regular para que haja no mínimo uma alternativa para o atendimento ao beneficiário.

1.3 Objetivo Geral

Analisar as dificuldades dos beneficiários do plano de saúde quanto à autorização e liberação e o que atrasa a execução do mesmo.

1.4 Objetivos Específicos

- Conhecer as principais dificuldades dos beneficiários;
- Os motivos que levam os processos a terem atrasos;
- Propor melhoria no setor de Autorização de Guias.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para ter qualidade nos processos de atendimento ambulatorial na operadora de serviço de saúde tratando das Guias de Autorização dos Exames os usuários têm diversas reclamações, às vezes devido à espera no atendimento telefônico e na maioria das vezes a falta de cumprimento com a liberação da Guia na data programada.

Conforme Cunha, Eiras e Teixeira (2011, p. 5)

As expectativas dos doentes e da população em geral são hoje mais elevadas do que nunca. Para isso contribuiu, entre outros fatores a facilidade no acesso e difusão da informação e a mudança de cultura para uma lógica de exigência e de responsabilidade social. A área da saúde, pelo “estatuto divino” que vai mantendo, consequência da visibilidade social que detém acrescida de uma nova forma de encará-la, cada vez mais assente numa lógica de mercado, como qualquer outro produto ou serviço, exige atenção redobrada aos resultados, quer do ponto de vista financeiro, quer clínico.

2.1 Qualidade

Verificando o termo qualidade no serviço de saúde são varias as referências e podemos citar alguns autores tratando o assunto.

O crescente interesse pelas questões de “qualidade” é um fenômeno relativamente recente nos sistemas de saúde, tendo tido como referência as experiências adquiridas e desenvolvidas na área industrial a partir de meados do século XX (Deming, 1986; Juran, 1989). No entanto, se atentarmos à história, as primeiras referências que demonstravam preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde prestados, remontam à antiga

Mesopotâmia, inscritas no código de Hamurabi (cerca de 1700 a.C.). (Gilda Cunha ET AL. 2011 p. 3).

Godoi (2008), diz que melhorar a qualidade dos serviços oferecidos costuma exigir comprometimento dos funcionários e maior atenção ao trabalho, o que tira alguns da zona de conforto que estão acostumados, resultando em alguma rejeição ou resistência, lidar com pessoas não é fácil, mas pode ser compensador se for prazeroso para os dois lados, profissional e paciente.

Os usuários de saúde esperam a melhor tecnologia e qualidade no atendimento e tratamento das doenças, pois de acordo com Mere Jr. (2014) “devido a lacunas no atendimento do SUS ao longo das décadas, foi sendo preenchido pela saúde suplementar”. Os planos e seguros de saúde contribuíram fortemente para isso, e hoje chegam ser responsáveis pelo atendimento de mais da metade de populações de grandes cidades, como São Paulo e Rio de Janeiro.

Em continuação Mere Jr. (2014), cita no artigo que está na hora dos governantes de que não há soberania que cure os males de uma população doente.

2.2 Atendimento Ambulatorial

O Plano Ambulatorial consiste em Consultas em número ilimitado em consultório e ambulatório; Exames complementares e outros procedimentos realizados em ambulatórios, consultórios e clínicas, atendimentos e procedimentos de urgência e emergência até as primeiras 12 horas; os exames que não exijam permanência em hospital por um período superior a 12 horas devem ser cobertos nessa modalidade de convenio medico. Nos procedimentos especiais tem-se cobertura para hemodiálises e diálise peritoneal, quimioterapia ambulatorial, radioterapia, hemoterapia ambulatorial. Não cobre internações hospitalares. Exames básicos; são exclusivamente os seguintes serviços de auxílio ao diagnóstico e terapia que independem de autorização prévia e os exames de alta

complexidade; são os serviços de auxílio ao diagnóstico e procedimentos terapêuticos que dependem de autorização prévia. (Agemed Acesso em 14 de Junho de 2015 **Grifo das autoras**)

2.3 Processos

Segundo Vianna, (BERLINGUER apud BRÊTAS e GAMBA, 2006)

Ouvir o próprio corpo é uma boa estratégia para assegurar a saúde com qualidade, pois não existe um limite preciso entre a saúde e a doença, mas uma relação de reciprocidade entre ambas; entre a normalidade e a patologia, na qual os mesmos fatores que permitem ao homem viver (alimento, água, ar, clima, habitação, trabalho, tecnologia, relações familiares e sociais) podem causar doenças. [...] Tal constatação nos remete à reflexão de que o processo saúde-doença-adoecimento ocorre de maneira desigual entre os indivíduos, as classes e os povos, recebendo influência direta do local que os seres ocupam na sociedade.

Os usuários buscam um plano que lhe proporcionem confiança e satisfação e que não sejam tão burocráticos e que precisem aguardar tanto por sua autorização, o que gera tanto aborrecimento por parte das operadoras de plano de saúde que ao oferecer ao usuário um plano até prometem um atendimento de qualidade, porém ao precisar do atendimento surgem as dificuldades. (**grifo das autoras**)

Alves e Feldman (2011) citam que os usuários dos serviços de saúde expostos a diferentes exemplos de funcionamento de serviços e a diferentes práticas assistenciais além de seu acesso cada vez maior à informação por sua própria iniciativa, reivindicam, mais do que nunca seus direitos, tanto de acesso propriamente dito aos serviços, quanto de acesso a serviços de qualidade. Paralelamente, a disponibilidade de informação médica (correta ou não) por meio da internet permite contato com diferentes possibilidades diagnósticas e

terapêuticas. Com isso, o olhar dos usuários tornou-se mais aguçado, seu posicionamento enquanto “paciente” é por vezes “empoderado”, o que permite maior possibilidade de negociação frente a tratamentos inadequados.

3 METODOLOGIA

Utilizamos nesta pesquisa o estudo de campo e a pesquisa documental.

Após foram realizadas as análise qualitativa com a observação das autoras referente ao processo.

A pesquisa foi realizada no norte de Santa Catarina, onde fica a sede principal da operadora de saúde situada em Joinville,

A prestadora atua a mais de 17 anos no mercado e atende a mais de 120 mil beneficiários em Santa Catarina, Mato Grosso e Rio Grande do Sul, é a prestadora de saúde que tem a capacidade para liderar o mercado em Santa Catarina, uma vez que está presente no norte, Joinville, ao sul do estado em Criciúma, do Litoral a litoral em Florianópolis, e ao extremo Oeste, em São Miguel.

É a segunda maior operadora em nível estadual e está presentes principalmente nas maiores e mais populosas cidades do estado, como Joinville, Blumenau, Itajaí, Lages, Florianópolis, Tubarão, Criciúma, São Francisco do Sul e Balneário Camboriú.

A rede de atendimento dispõe dos melhores médicos, laboratórios e hospitais. São 20 agências comerciais distribuídas no estado.

Fornecer produtos e serviços de alta qualidade e com boa relação custo-benefício é reforçada por meio de uma política disciplinada de gerenciamento de custo médico e gerenciamento eficaz de sua exposição ao risco.

A prestadora de serviço de saúde no processo de autorização de procedimentos de serviço de saúde está ciente da pesquisa realizada com o objetivo de melhoria na qualidade dos processos no atendimento ambulatorial e também a metodologia aplicada para a sua finalidade.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Através da pesquisa de campo realizada pelas pesquisadoras, foi analisada a qualidade dos processos de atendimento em prestadora de serviços de saúde, onde há informações que contribuem para o esclarecimento dos beneficiários para possibilitar maior comparabilidade dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde no país, que é de suma importância os Programas de Qualificação do setor de Saúde Suplementar como instrumentos de avaliação para o consumidor quanto à escolha do seu plano de saúde, através da ANS.

Devido à espera no atendimento telefônico e na maioria das vezes a falta de cumprimento com a liberação da Guia na data programada a operadora de saúde perde na qualidade dos processos de atendimento ambulatorial.

As ocorrências geradas através do atendimento e as liberações das guias de procedimentos e exames ambulatoriais, referente ao usuário não possuir uma senha ou código na WEB do plano de saúde para ter acesso a senha autorização TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) que está em auditoria, para verificar o seu andamento, o que é necessário enviar para a auditoria médica, bem como verificar a declaração de saúde, relatório clínico, parecer de procedimentos, parecer da junta médica, relatório de doenças pré-existentes e levantamentos de gastos entre outros. Os planos de saúde são responsáveis por intermediar as relações entre os clientes e a rede credenciada e os clientes são os pagadores dos serviços contratados por intermédio das operadoras.

As operadoras de saúde e profissionais da área procuram parcerias com as clínicas e outros segmentos procurando disponibilizar seus serviços com outras categorias complementares ou interligados, compartilhando custos e somando assim a clientela.

É dever de a prestadora conhecer as causas referentes às dificuldades dos beneficiários do plano de saúde quanto à

autorização e liberação e qual dificuldade da execução dos serviços.

Devem-se planejar melhorias no setor de Autorização de Guias sendo necessário um procedimento onde o próprio usuário possa ter acesso às Guias (Autorizadas ou não Autorizadas), pois os próprios colaboradores fazem confusão ao cliente onde transferem as ligações e toda a demanda passa desnecessariamente por outro setor atrasando o atendimento ao usuário.

De acordo com a ANS o Índice de Reclamações é atualizado mensalmente e apresentado para os últimos 24 meses com possibilidade de revisão dos índices já divulgados em razão de reprocessamento para todas as competências, com cálculo retroativo para todo o período apresentado (em razão dos ajustes nos números de beneficiários e de reclamações consideradas procedentes).

Cumprindo o prazo máximo estabelecido pela ANS para o atendimento do beneficiário de plano de saúde nos serviços e procedimentos por ele contratado e a redução dos 10% das ligações dos beneficiários do plano de saúde seria preciso criar uma senha ou código para fazer ou ter acesso ao setor de autorização destes exames, reduzindo assim diversas reclamações sobre as autorizações dos exames do beneficiário.

DADOS CONSOLIDADOS SAÚDE SUPLEMENTAR DA ANS

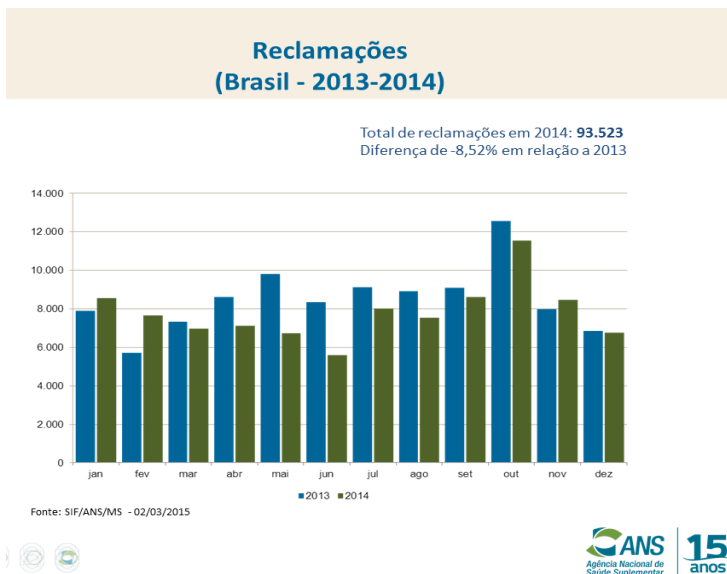


FIGURA 1: Dados Consolidados Saúde Suplementar da ANS.
Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2012).

4.1 Exames e procedimentos simples

Os exames e procedimentos simples são liberados diretamente no sistema SOLUS por meio dos prestadores de saúde conveniados com o plano de Saúde como consultórios, laboratórios, centros de diagnósticos e hospitais conforme Guia SADT ou receituário médico e senha de autorização TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) é liberada no ato da solicitação pelo prestador de saúde conveniado com plano de saúde.

4.2 Retorno/reincidência

A senha de autorização TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) cairá quando em auditoria médica, quando

o beneficiário está realizando o mesmo procedimento ou exames várias vezes, sendo necessário o prestador de saúde conveniada enviar por e-mail guia escaneadas SADT ou receituário médico e justificativa médica para o plano de saúde auditar e liberar senha de autorização TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar), para o beneficiário realizar o procedimento ou exames solicitados pelo prestador conveniado.

4.3 Exames e procedimentos complexos, genéticos ou com (DUT) diretrizes de Utilização

Exames e procedimentos complexos, genéticos ou com diretrizes são solicitados através do sistema SOLUS por meio dos prestadores de saúde conveniados com o plano de Saúde como consultórios, laboratórios, centros de diagnósticos e hospitais conforme Guia SADT ou receituário médico.

A senha de autorização TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) cairá em auditoria médica quando acusar agravo ao exame solicitado refere-se à patologia agravada, é um procedimento de alta complexidade (PAC) conforme consta no Rol ANS. Sendo necessário o prestador de saúde conveniado enviar por e-mail guia escaneadas SADT ou receituário médico, justificativa médica e exames anteriores que comprovem a patologia, deverá ser enviada para o plano de saúde auditar e liberar senha de autorização TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar), para o beneficiário realizar o procedimento ou exames solicitados pelo prestador conveniado.

4.4 Doença ou Lesão pré-existências declaradas pelo beneficiário

Quando o pedido da senha de autorização TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) de procedimentos e exames simples ou complexos ficar em auditoria médica e acusar doença pré-existencial declarada, faz-se necessário que o prestador de saúde conveniado envie por e-mail guia escaneada

SADT ou receituário médico, justificativa médica, exames anteriores, relatório clínico devem ser enviados para o plano de saúde auditar e verificar se a patologia indicada pelo médico foi a mesma constatada na declaração de saúde do beneficiário, o beneficiário deverá aguardar o prazo de vinte e quatro meses, e será emitido o parecer de procedimento desfavorável conforme indicado na lei correspondente.

É preciso enviar o parecer de procedimento desfavorável ao beneficiário.

4.5 Outros documentos que se faz necessário enviar para ao beneficiário

O plano de saúde precisa enviar para ao beneficiário documentos como a senha autorização TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) quando solicitada ao mesmo, declaração de saúde para o seu médico preencher, relatório clínico, parecer de procedimentos, parecer da junta médica, relatório de doenças pré-existentes e levantamentos de gastos entre outros por e-mail.

Processo da senha de autorização (TISS) atual

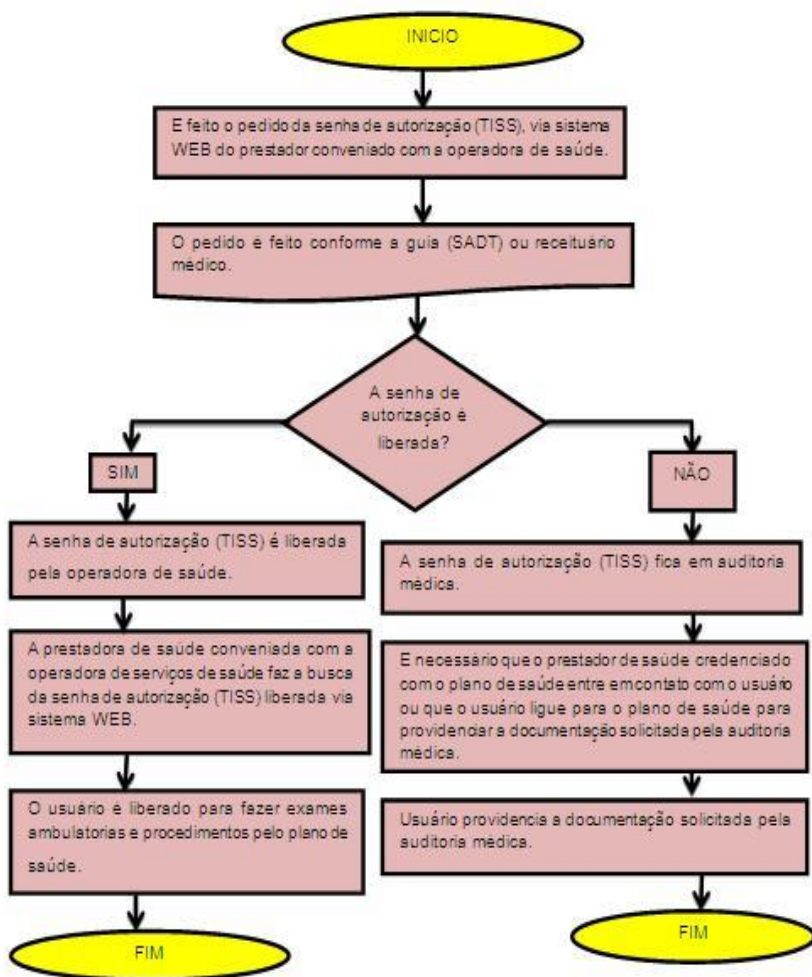


FIGURA 2: Fluxograma Processo de Senha de Autorização (TISS) Atual. Fonte: Própria (2015).

4.6 Sugestões de Melhoria

Com a análise obtida observamos que as ocorrências referentes ao atendimento e as liberações das guias para os exames ambulatoriais e procedimentos ocorrem porque o usuário não possui uma senha ou código na WEB do plano de saúde para ter acesso a senha autorização TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) que está em auditoria médica, bem como verificar a declaração de saúde, relatório clínico, parecer de procedimentos, parecer da junta médica, relatório de doenças de pré-existentes e levantamentos de gastos entre outros.

Propõem-se então o acompanhamento da solicitação da senha de autorização TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) que está em auditoria médica, através do sistema WEB da prestadora para o beneficiário; sendo assim o beneficiário não precisa entrar em contato com a operadora por telefone para obter informações sobre o andamento da solicitação da senha de autorização TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar).

Processo da senha de autorização com a senha ou código de acesso na WEB da prestadora de saúde.

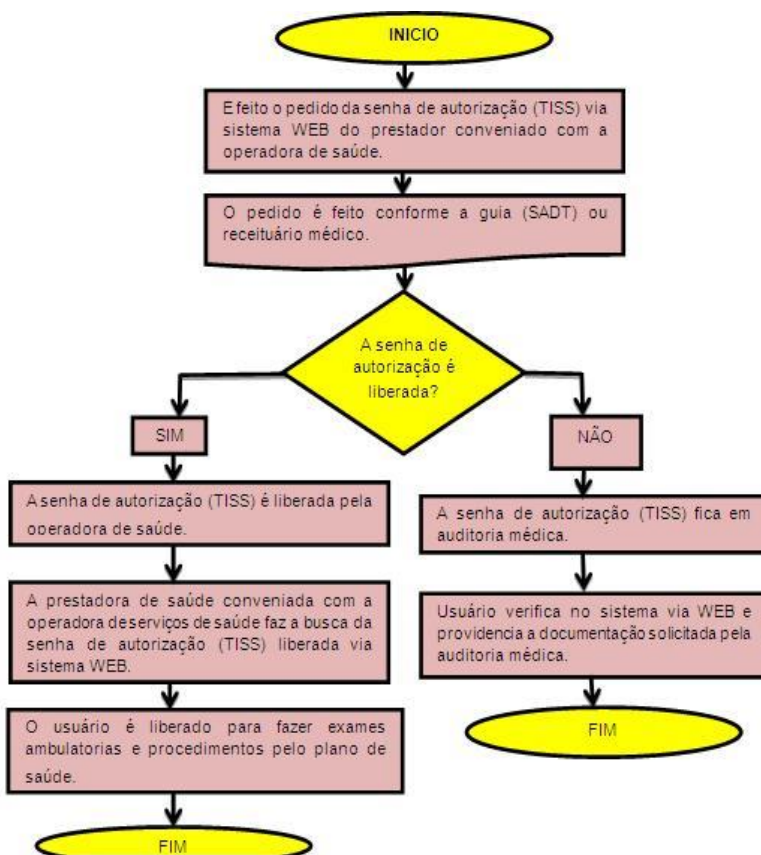


FIGURA 3: Fluxograma Processo da Senha de Autorização com a Senha ou Código de Acesso na WEB da Prestadora de Saúde.

Fonte: Própria (2015).

Com a liberação da senha de autorização pela Operadora do Plano de Saúde o beneficiário poderá acompanhar e enviar para auditoria médica os documentos caso sejam necessários através dos protocolos, tornando a autorização de guias, o atendimento telefônico, o atendimento presencial, a liberação de procedimentos ambulatoriais e o retorno ao beneficiário mais eficaz. Desta forma os beneficiários terão acesso à senha ou código para acessar autorização TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) e outros documentos quando solicitado pela operadora de saúde, que utilizará esta ferramenta de comunicação, como por exemplo, a internet podendo verificar o processo e toda a documentação além de manter as informações em sigilo.

5 CONCLUSÃO

Propor melhoria no setor de Autorização de Guias, onde há ocorrências referentes ao atendimento e as liberações para os exames ambulatoriais e procedimentos.

Disponibilizar então o acompanhamento da solicitação da senha de autorização TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) através do sistema via WEB da prestadora de saúde para o beneficiário que está em auditoria médica, assim o beneficiário não precisaria entrar em contato com a prestadora por telefone para obter informações sobre o andamento da autorização, bem como a declaração de saúde, relatório clínico, parecer de procedimentos, parecer da junta médica, relatório de doenças de pré-existentes e levantamentos de gastos entre outros.

A maioria das ligações para a central de autorização de procedimento são as prestadoras fazendo 90% das ligações enquanto 10% são ligações dos beneficiários do plano de saúde, para os 10% das ligações dos beneficiários do plano de saúde é preciso criar uma senha ou código para fazer ou ter acesso ao setor de autorização dos exames ambulatoriais e procedimentos.

Visando cumprir o prazo máximo estabelecido pela ANS para o atendimento do beneficiário de plano de saúde nos serviços e procedimentos por ele contratado.

Reduzindo diversas reclamações sobre as autorizações dos exames do beneficiário, devido à espera no atendimento telefônico e na maioria das vezes a falta de cumprimento com a liberação da Guia na data programada.

A qualidade do processo no atendimento ambulatorial da operadora de serviço de saúde deve-se, prezar a credibilidade dos serviços de informação e, os valores do consumidor para refletir os benefícios do plano de saúde.

Analisando o perfil da Operadora em Serviços de Saúde referente aos processos no atendimento e o seu resultado final,

fica como sugestão: Orientar o cliente quanto aos prazos para a liberação das guias, isso implicaria positivamente o retorno quanto ao atendimento dos colaboradores nos setores.

Planejar melhorias no setor de Autorização de Guias, evitando confusão, transferência das ligações para outros setores e atrasos no atendimento ao usuário, sendo necessário um procedimento onde o próprio usuário possa ter acesso às Guias (Autorizadas ou não Autorizadas).

O beneficiário poderá verificar a situação e o andamento da solicitação da senha de autorização TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) no Sistema via WEB da operadora de saúde, bem como a declaração de saúde, relatório clínico, parecer de procedimentos, parecer da junta médica, relatório de doenças de pré-existentes os gastos entre outros que são necessários. Analisou-se neste trabalho de conclusão de curso, que as operadoras devem agir com transparência e responsabilidade no atendimento ambulatorial para garantir a qualidade e benefícios do plano de saúde, pois há um prazo máximo pela ANS e o beneficiário pode exigir seu direito caso haja demora nas liberações dos procedimentos. (ANS **grifo das autoras**)

REFERÊNCIAS

ALVES, Vera Lucia de Souza; FELDMAN, Liliane Bauer. **Gestores da Saúde no âmbito da Qualidade: Atuação e Competências-Abordagem Multidisciplinar.** São Paulo: Martinari, 2011.

CUNHA, Gilda; EIRAS, Margarida; TEIXEIRA, Nuno. **Bioestatística e Qualidade na Saúde.** Ed. Lidel, 2011.

GODOI, Adauto Felix. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais.** 2. ed. São Paulo, 2008.

LEÃO, Ribeiro Eliseth et al. **Qualidade em Saúde e Indicadores como ferramenta de Gestão.** São Caetano do Sul. SP:Ed. Yendis, 2008. 127 p.

MALTA, Débora Carvalho et al. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar /Ministério da Saúde, Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde, 2005. 37 p.**

RIBEIRO, Antonio Inácio. **Gestão de Negócios na Área da Saúde, 2010. 134 p.**

TAJRA, Feitosa Sanmya. **Negociações e tomadas de decisões na saúde.** 1. Ed. São Paulo: Iatria, 2010. 26-31 p.

YUSSIF ALI MERE JR. Sistema de Saúde não pode ser Único. **Healthcare Management**, São Paulo, nº 29 páginas, p.204-205, Março/Abril 2014.

SONIA MARIA DE FREITAS. A Saúde no Brasil. **Healthcare Management**, São Paulo, nº 29, p.193, Março/Abril 2014.

ANS discute qualidade na Saúde Suplementar. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/1856-ans-discute-qualidade-na-saude-suplementar>
Publicado em: 03/12/2012 - Acesso em: 04 Abr. 2015.

Acreditação de Operadoras. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/espaco-da-qualidade/acreditacao-de-operadoras> - Acesso em: 10 de Abr. 2015.

Prazos de espera para usar o Plano de Saúde e prazos máximos de atendimento. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-de-espera-para-usar-o-plano-de-saude-e-prazos-maximos-de-atendimento?highligh> - Acesso em: 10 Abr. 2015.

VIANNA, Lucila Amaral. **Processo Saúde-Doença.** Disponível em:
http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/310207/mod_resource/content/1/Vianna%20Sa%C3%BAde-doen%C3%A7a.pdf.
Acesso em: 01 Maio 2015.

Planos de saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Disponível em:
http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/total_guia_pratico_novo_id_mar%C3%A7o_2014.pdf. Acesso em: 06 Maio 2015.

Acesso de Serviços e Utilização de Serviços de Saúde/2003: Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>. Acesso em: 13 Jun. 2013.

Agemed – O plano de saúde mais completo. Disponível em: <http://www.agemed.com.br/sobre-a-agemed/historia/> Acesso em: 14 Jun. 2015.