

A IMPLEMENTAÇÃO DO PADRÃO ASISTENCIAL PLANSESV: ACESSO, QUALIDADE E RACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS AOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS NO ESTADO DA BAHIA

Paulo Roberto Barboza Santana
Cristina Teixeira Silva Olinda Cardoso



A IMPLEMENTAÇÃO DO PADRÃO ASSISTENCIAL PLANSERV: ACESSO, QUALIDADE E RACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS AOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS NO ESTADO DA BAHIA

Paulo Roberto Barboza Santana
Cristina Teixeira Silva Olinda Cardoso

RESUMO

O presente trabalho apresenta o Padrão Assistencial Planserv - PAP, que tem como objetivo a implementação de um padrão assistencial que garanta qualidade e acesso a serviços de saúde aos cerca de 500.000 beneficiários do sistema de assistência à saúde gerido pela Secretaria da Administração do Estado da Bahia. O PAP está constituído em 04 (quatro) fases independentes e complementares: O mapeamento e diagnóstico da rede credenciada; a avaliação de desempenho dos serviços; a definição do modelo assistencial por níveis de atenção à saúde; e a adequação da rede, a qual promoverá a integração entre a necessidade assistencial identificada e a disponibilização dos serviços. Este projeto promove uma mudança de paradigma, uma vez que inverte a lógica de contratação na saúde suplementar, não mais buscando estabelecimentos instalados para composição da rede, mas sim determinando a necessidade do sistema. Assim, o Planserv pretende assumir um papel importante como indutor social, fomentando desenvolvimento de novos serviços onde haja lacuna assistencial, e regulador do mercado de saúde suplementar no Estado da Bahia, devido ao seu porte de investimentos na ordem de R\$ 1,5 bilhão.



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	4
1. INTRODUÇÃO.....	5
2. OBJETIVO GERAL.....	6
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
3. MÉTODO.....	7
4. FASE 01 - MAPEAMENTO DE DIAGNOSTICO DA REDE.....	9
5. FASE 02- AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E QUALIDADE ASSISTENCIAL DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS.....	10
6. FASE 03 – PADRÃO ASSISTENCIAL POR NÍVEIS DE COMPLEXIDADE....	14
7. FASE 04 – IMPLANTAÇÃO DO PADRÃO ASSISTENCIAL – PAP.....	15
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19



APRESENTAÇÃO

As principais regras de funcionamento dos Regimes Próprios de Previdência Social estão contempladas no artigo 40 da CF de 1988 e começaram a ser modificadas com o surgimento da Emenda Constitucional no 20, de 15 de dezembro de 1998, para alguns anos mais tarde sofrerem alterações ainda mais profundas com a edição das Emendas Constitucionais no 41, de 19 de dezembro de 2003, e a de no 47, de 5 de julho de 2005.

O Planserv é um sistema de assistência à saúde, no âmbito do Estado da Bahia, constituindo-se em um benefício facultativo aos servidores públicos estaduais, gerido pela Secretaria da Administração. O presente trabalho se propõe a apresentar o Padrão Assistencial Planserv - PAP, que tem como objetivo a implementação de uma política assistencial que garanta qualidade e acesso a serviços de saúde aos cerca de 500.000 beneficiários.

O mapeamento da rede credenciada, primeira fase do projeto, já concluído, possibilitou o diagnóstico acerca da rede prestadora de serviços de saúde com a revisão de 1.567 Termos de Adesão ao Credenciamento, resultando no descredenciamento de 210 serviços inativos, os quais constavam em sistema, mas não ofereciam serviços aos beneficiários. Esta ação foi uma premissa básica à efetiva gestão dos contratos, até então caracterizada pela falta de sistematização.

A segunda fase, avaliação de desempenho consiste em aplicar indicadores de qualidade para estabelecer os prestadores elegíveis para permanência na rede credenciada. Esta fase foi iniciada com os serviços de oftalmologia e laboratório, tendo como consequência a suspensão de 24 estabelecimentos não conformes, sendo uma ação contínua. O escopo desta ação é a qualificação da prestação de serviços, com mecanismos de monitoramento e avaliação da execução contratual.

Na terceira fase, o Planserv definiu o modelo assistencial por níveis de atenção à saúde, com base nos critérios de números de beneficiários, distância entre os pólos, regionalização e hierarquização de serviços. Esta fase consiste em uma mudança de paradigma, uma vez que inverte a lógica de contratação na saúde suplementar, não



mais buscando estabelecimentos instalados para composição da rede, mas sim determinando a necessidade do sistema.

A quarta fase é a adequação da rede, a qual promoverá a integração entre a necessidade assistencial identificada e a disponibilização dos serviços. No ano de 2015 os serviços foram ampliados em 75 novos credenciamentos, com base na política assistencial.

Com isto, o Planserv pretende garantir o acesso a serviços de saúde qualificados e, por outro lado, assume um papel importante como indutor social, fomentando investimentos onde haja lacuna assistencial e, devido ao seu porte de financeiro na ordem de R\$ 1,5 bilhão, regulando o mercado de saúde suplementar no Estado da Bahia.

1. INTRODUÇÃO

A saúde suplementar é regulamentada pela Lei Federal nº 9.656 de 03 de junho de 1998 que imputa às operadoras de saúde a responsabilidade pela assistência ofertada aos seus beneficiários, respondendo pela falta de demanda dos prestadores de serviços para atendimento das necessidades dos mesmos. No caso do PLANSERV, trata-se de um sistema de assistência à saúde, no âmbito do Estado da Bahia, constituindo-se como um benefício facultativo aos servidores públicos estaduais, gerido pela Secretaria da Administração e regido pela Lei Estadual 9.528 de 22 de junho de 2005, o que lhe confere autonomia regulatória. Embora este benefício esteja diretamente ligado à saúde suplementar no modelo de prestação de serviços de saúde, o PLANSERV precisa equacionar as exigências inerentes a administração pública e a dinâmica do mercado privado.

O desafio do sistema da saúde suplementar é credenciar serviços aptos a atender às demandas apresentadas, sendo responsável por ofertar assistência aos beneficiários sempre que necessário ou uma alternativa quando não houver serviços credenciados. Esse sistema opera com foco na oferta de serviços a serem contratados, ou seja, se existem equipamentos de saúde instalados e disponíveis é



avaliada a conveniência de sua contratação para compor a rede sendo este o critério inicial utilizado para tomada de decisão.

O Planserv, exercendo o papel de regulador, passou a fundamentar sua atuação na necessidade assistencial baseada na distribuição geográfica dos seus beneficiários tendo como pilares os conceitos de regionalização e hierarquização dos serviços. A partir desta lógica foi elaborado um padrão assistencial pautado nas necessidades da população de beneficiários. Para tanto, o padrão considerou a divisão do PDR - Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia da secretaria da saúde bem como a quantidade de beneficiários de cada região.

Diante da pulverização de beneficiários, distribuídos nos 417 municípios do Estado, foram estabelecidos agrupamentos que resultaram em quatro níveis assistenciais, por complexidade, que definiram os serviços mínimos a serem assegurados pelo Planserv.

A estruturação do processo de contratação de serviços de saúde, com base nos níveis assistenciais definidos, prevê uma ação indutora de avanços no campo sócio-econômico por fomentar investimentos na área de saúde, notadamente nas localidades onde são verificadas lacunas assistenciais devido ao seu porte de investimentos na ordem de R\$ 1,5 bilhão anual.

Diante disso, esse trabalho visa apresentar o projeto - Padrão Assistencial Planserv – PAP que tem como objetivo a implementação de um modelo assistencial que garanta qualidade e acesso a serviços de saúde aos cerca de 500.000 beneficiários distribuídos no Estado da Bahia.

O PAP está constituído em 04 (quatro) fases independentes e complementares.

2. OBJETIVOS

Estruturar a rede de prestação de serviço de saúde em consonância com o padrão assistencial Planserv garantindo, no âmbito estadual, acesso a estabelecimentos de saúde a população de beneficiários, por níveis de complexidade.



2.1.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Mapear a rede credenciada, verificando a capacidade instalada;
- ✓ Estabelecer parâmetros de qualidade assistencial e processo de avaliação sistemática dos serviços contratados;
- ✓ Definição do Padrão Assistencial Planserv - PAP ;
- ✓ Implantação do Padrão Assistencial Planserv - PAP .

3. MÉTODO

No período de maio/2015 a setembro/2015 foram realizadas atividades de pesquisa bibliográfica acerca do tema, levantamento da legislação específica e base de dados do sistema de gestão do Planserv - TOP Saúde - e pesquisa de modelos de assistência vigentes.

Com relação a Fase 1, para o mapeamento da rede credenciada em todo Estado e diagnóstico da prestação de serviço existente versus serviço contratado foram realizadas atualizações cadastrais dos serviços.

Datas	Acontecimentos
10/06/15	Levantamento de rede credenciada por macro e micro região
19/06/15	Levantamento dos serviços que não faturam por falta de cota ou falta de atendimento
25/06/15	Contato com os prestadores sem faturamento para averiguação com restabelecimento de cotas para retorno à prestação de serviços e descredenciamento de serviços inativos
15/07/15	Apresentação do resultado do mapeamento dos serviços sem faturamento.
16/07/15	Início do mapeamento da rede credenciada com faturamento para confirmação do atendimento em todos os serviços habilitados
10/08/15	Apresentação dos resultados do mapeamento dos serviços com faturamento
31/08/15	Conclusão do diagnóstico

No que tange a Fase 2, para avaliação da qualidade assistencial dos prestadores, foram utilizados os critérios baseados nos editais de credenciamento,



bem como novos indicadores de qualidade e satisfação dos beneficiários, os registros de ocorrências no âmbito da Ouvidoria, Auditoria e setor jurídico do Planserv a fim de criar score que permita a mensuração objetiva e sistemática de desempenho.

Datas	Acontecimentos
10/06/15	Levantamento através dos relatórios gerenciais dos credenciados do edital 011/09 - laboratório
19/06/15	Envio de correspondência eletrônica a rede de prestadores solicitando documentação com prazo de retorno até 15/07
13/07/15	Início da pesquisa de satisfação do beneficiário pelo Call Center
16/07/15	Ratificação da solicitação documental aos serviços que não apresentaram documentação no prazo para regularização de pendência sob pena de descredenciamento (envio de ofício com AR)
16/07/15	Início da Avaliação documental dos laboratórios em conjunto com coordenação de credenciamento
27/07/15	Apresentação dos resultados para análise da publicação da instrução de qualificação dos laboratórios

Na Fase 3, referente ao Padrão Assistencial, foi estabelecido o parâmetro da disponibilidade mínima de serviços de saúde para atendimento a população Planserv nas macros e micros regiões com base nas portarias do Ministério da Saúde - MS, Secretarias municipais e estaduais de saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e outras entidades.

Datas	Acontecimentos
19/05/15	1ª Encontro da equipe intersetorial para avaliação do Padrão Assistencial Planserv
30/06/15	Elaboração dos níveis assistenciais de acordo com a complexidade e número de beneficiários distribuídos nas macro e micro regiões.

Finalizada as etapas anteriores, a Fase 4 é o resultado da rede credenciada atualizada X as necessidades assistenciais em cada nível. A partir desse cruzamento serão viabilizadas ações de expansão do credenciamento para áreas desassistidas finalizado a última etapa do projeto.



4. FASE 01 - MAPEAMENTO DE DIAGNOSTICO DA REDE

De acordo com os registros existentes na base de dados do sistema operacional, a rede credenciada PLANSEV totalizava, em maio de 2015, 1.567 prestadores de serviços.

Durante o período de 60 dias foram contatados, por telefone, todos os prestadores para confirmação da prestação de serviços nos moldes do Termo de Adesão ao Credenciamento celebrado junto ao órgão.

Desse universo, 35 estabelecimentos estavam com número de telefone incorreto ou inoperante, sendo necessário envio de correspondência para atualização cadastral.

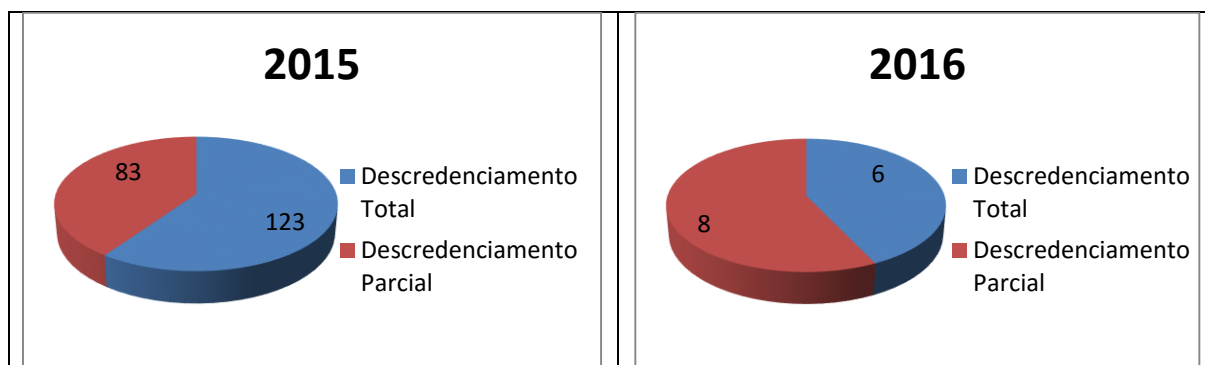
Na seqüência, foi realizado o diagnóstico da situação apresentada para descredenciamento total dos prestadores inativos, e parcial para os que diminuiram a oferta de serviços.

O processo de descredenciamento, primeiramente, ocorreu com prestadores sem apresentação de faturamento por mais de 06 meses. Foi encaminhado ofício para prestadores que apresentaram alteração na oferta de serviços, ratificando as informações oriundas do contato inicial para abertura do processo de descredenciamento total para prestadores inativos ou sem interesse, e parcial para prestadores que reduziram o escopo de serviços de acordo com o Termo de Adesão ao Credenciamento. Na primeira abordagem 142 prestadores informaram descredenciamento total e 167 descredenciamento parcial. Na condução do processo, houve algumas solicitações de permanência na rede Planserv finalizando esta fase em 210 descredenciamentos por inatividade. No passo seguinte, a rede credenciada foi dividida por macro região para o monitoramento sistemático.

O processo sistemático de monitoramento consistirá em instrumento relevante para a integração das fases do projeto, retroalimentando a análise de suficiência de rede e necessidade assistencial, distribuição de cotas e critérios para novos credenciamentos.



No ano de 2015 foram 123 descredenciamentos totais e 83 parciais. Em 2016, como resultado do monitoramento sistemático, foram 6 descredenciamentos totais e 6 parciais.



O processo de monitoramento e diagnóstico da rede credenciada do Planserv apresentou resultados positivos em diversos pontos:

- I. Redefiniu a rede assistencial ativa;
- II. Descredenciou prestadores inativos;
- III. Possibilitou atualização cadastral de diversos estabelecimentos que sofreram alteração de endereço;
- IV. Maior aproximação e melhor relacionamento com a rede credenciada;
- V. Redimensionamento da rede assistencial com foco nas localidades desassistidas;
- VI. Descredenciamento de serviços irregulares ou não conformes com as regras dos editais.

5. FASE 02 - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E QUALIDADE ASSISTENCIAL DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS

Esta fase tem como objetivo avaliar a qualidade assistencial e desempenho dos prestadores utilizando critérios já estabelecidos nos editais de credenciamento, bem como novos indicadores de qualidade como a satisfação dos beneficiários e ocorrências Planserv (Ouvidoria, Auditoria, Assessoria Jurídica). O processo ocorrerá em quatro etapas:

1ª Etapa – Avaliação documental



2ª Etapa – Avaliação qualitativa

3ª Etapa – Satisfação dos beneficiários

4ª Etapa – Ocorrências Planserv

Foram considerados também como critérios para esta fase conceitos de efetividade, acesso, eficiência e adequação.

A efetividade vem sendo progressivamente relacionada com os resultados em saúde, alcançados através de uma determinada intervenção. Diversos autores convergem para a ideia, segundo a qual efetividade é o grau com que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados. Facchini (2008) refere que, embora seja freqüente a imprecisão em torno dos conceitos de eficácia, de eficiência e, até mesmo, de qualidade, prevalece uma forte tendência a relacionar a efetividade com o “efeito das ações e práticas de saúde implementadas”. A Joint Commission International - instituição de consultoria, certificação e acreditação atuante no mercado de saúde - define efetividade como o grau com que uma determinada intervenção ou tecnologia médica traz benefícios para indivíduos de uma população definida, sob condições regulares de uso. A efetividade e o impacto estariam, portanto, relacionados às modificações introduzidas por uma intervenção num contexto da vida real.

O acesso está relacionado com as facilidades e as dificuldades em obter assistência, estando, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos. Assim, é a possibilidade de obter serviços necessários no momento e no local adequado, em quantidade suficiente e a um custo razoável. Ou seja, a garantia de acesso pressupõe a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis

A eficiência em saúde é pensada como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado. Alguns autores definem a eficiência “como a relação entre o impacto real de um serviço ou programa (efetividade) e seu custo”.



A adequação considera a disponibilidade de serviços segundo as necessidades da população, definidas em termos de quantidade, distribuição espacial e emprego das melhores práticas. Segundo Viacava (2004), ela pode também abranger o conceito de qualidade do cuidado, ou seja, o grau com que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de obter resultados de saúde esperados e consistentes com o conhecimento profissional atual.

O cronograma de avaliações foi definido com base na elevada representatividade do serviço na estrutura de despesas, ampla oferta de serviços credenciados, alta demanda para novos credenciamentos, portanto, com baixo risco de desassistência em caso de a avaliação resultar em descredenciamentos.

Foi iniciado, como projeto piloto, a avaliação da rede de laboratórios da cidade de Salvador com intuito de mensurar os pontos favoráveis e críticos na aplicação da metodologia. Posteriormente, a avaliação, depois de testada e validada, será replicada aos demais serviços de acordo com o perfil assistencial.

Na primeira etapa foi solicitada aos 63 laboratórios de análises clínicas credenciados em Salvador a atualização cadastral dos seguintes documentos:

- Alvará de Vigilância Sanitária e Funcionamento ou protocolo de renovação expedido antes da data de vencimento;
- Prova de Regularidade com a Fazenda, inclusive INSS.

Do total de prestadores, 10 laboratórios não apresentaram a documentação exigida, mesmo com dilatação do prazo inicialmente estipulado. O resultado desta etapa foi suspensão cautelar por 90 dias e posterior descredenciamento por inexecução do contrato. Passaram para etapa seguinte, 53 laboratórios.

A segunda etapa, qualitativa, teve como base os critérios estabelecidos na Instrução Normativa nº014/2009, que orienta a prestação de serviços de laboratório de análises clínicas no âmbito do Planserv, dispostos no item 8 da referida norma:

“8. Os prestadores credenciados em serviços de saúde em laboratório de análises clínicas serão classificados por faixas de qualificação para efeito de remuneração, visando garantir a equidade entre os mesmos.

8.1. os elementos para enquadramento dos prestadores serão baseados no atendimento a critérios objetivos, segundo sua qualificação, disponibilidade de serviços e área de abrangência em relação aos beneficiários do Planserv.



8.2. o enquadramento a que se refere o item 8.1 será definido pelo somatório dos pontos obtidos a partir da comprovação do atendimento aos critérios estabelecidos nos Anexos I e II.

8.3. a alteração de faixa de qualificação poderá se dar a qualquer tempo, mediante requerimento do interessado, sempre precedida de avaliação dos elementos para enquadramento, nos termos do item 8.1.”

Além destes, outros critérios de avaliação foram incluídos:

- Serviço de análise não terceirizado;
- Entrega de resultados pela internet;
- Única opção na localidade (município ou distrito sanitário).

Dos 53 prestadores elegíveis, 04 foram retirados da avaliação por se tratar de laboratório de anatomia patológica que possui prestação de serviço diversa da especialidade avaliada.

Score da avaliação qualitativa

- 49 prestadores avaliados de acordo com os critérios estabelecidos;
- 39 concluíram todo o processo;
- 10 não apresentaram documentação e não pontuaram.

Conforme a Instrução que determina a classificação dos laboratórios, os 39 que participaram da avaliação, restaram assim classificados:

- a) Na classificação anterior constava: $A = 15$, $B = 15$ e $C = 19$,
- b) Classificação atual: $A = 17$, $B = 15$ e $C = 17$

No processo de reclassificação obtivemos as seguintes alterações:

- Dos 15 laboratórios classe A, 01 migrou para a classe B e 01 para a classe C
- Dos 15 laboratórios classe B, 04 migraram para classe A e 02 para classe C
- Dos 19 laboratórios classe C, 05 migraram para classe B

Os critérios da 1ª e 2ª etapa foram compilados no formulário de análise qualitativa para pontuação. (Anexo III)



A terceira etapa está em curso, pois foi necessária a repetição da pesquisa a fim de adequar as perguntas feitas ao beneficiário de modo a propiciar a pontuação por prestador (Anexo IV).

Em relação à quarta etapa, não houve achados significativos, pois não foi possível identificar ocorrências passíveis de mensuração, o que demandou alteração dos processos de registro de ocorrências, com o intuito de subsidiar as demais avaliações.

O segundo serviço, objeto de avaliação e ainda dentro da modelagem do processo, foi a especialidade de oftalmologia, que se encontra na fase de definição dos critérios qualitativos, com base na literatura médica.

A partir do resultado das avaliações descritas, será estabelecido o cronograma para aplicação do modelo consolidado para os demais serviços da assistência.

6. FASE 03 – PADRÃO ASSISTENCIAL POR NÍVEIS DE COMPLEXIDADE

Nesta fase foi elaborado o padrão assistencial de acordo com a complexidade dos serviços de saúde e número de beneficiários distribuídos nas cidades sede de micro e macro região. Foram utilizados como base metodológica os critérios estabelecidos nos níveis de atenção a saúde do SUS (Sistema Único de Saúde), bem como os conceitos das RAS (Rede de Atenção a Saúde). Consoante a lógica da complexidade, a definição da oferta de serviços seguiu as premissas da atenção primária, secundária e terciária. Desse modo, o PLANSEV vislumbrou um sistema integrado de assistência à saúde dos servidores com uma rede credenciada qualificada, distribuída de acordo com a população de beneficiários por município, micro ou macro região de acordo com o padrão assistencial por níveis de atenção à saúde. A adoção da hierarquização assistencial pelo Planserv parametriza e referencia a oferta mínima de serviços de acordo com a complexidade.

O modelo vigente, centrado na oferta de serviços de saúde tem se mostrado insuficiente para suprir as necessidades atuais, principalmente nos pólos distantes dos grandes centros urbanos, e insustentável, sob luz dos recursos financeiros



disponíveis. Conseqüentemente, temos como característica um sistema fragmentado, que demonstra lacunas assistenciais, baixa eficiência no emprego dos recursos, fragilidade na gestão de serviços, no que tange ao processo de credenciamento e pulverização dos prestadores nas localidades.

A divisão por níveis de complexidade não imputa ao Planserv a assistência direta aos beneficiários, mas possibilita a oferta mínima de serviços básicos de saúde nos pólos com mais de 2 mil beneficiários (Anexo V). A partir do nível I, são acrescentados serviços que contemplem maior complexidade, agregando aos estabelecidos e, conseqüentemente, quanto maior o número de beneficiários, mais recursos assistenciais serão ofertados. Assim, cumpre à capital do Estado, como núcleo que concentra cerca de 43% da carteira, disponibilizar maior gama de serviços, além de centralizar as estruturas de mais alta complexidade.

Considerando as dimensões territoriais do Estado da Bahia e a dinâmica do mercado da saúde suplementar, que cada vez mais coloca o foco dos investimentos na alta complexidade, trata-se de um grande desafio prover a interiorização da assistência básica e a adequação do acesso aos serviços de saúde.

7. FASE 04 – IMPLANTAÇÃO DO PADRÃO ASSISTENCIAL – PAP

A última fase do projeto será o dimensionamento e adequação da rede, considerando a intersecção dos serviços credenciados instalados, ajustados e qualificados com as necessidades assistenciais diagnosticados na 3ª fase, de acordo com cada nível assistencial. Serão estabelecidas ações necessárias para suprir localidades desassistidas, seja por meio do credenciamento de novos serviços, fomento a investimentos em saúde ou instalação de serviços próprios.

O dimensionamento de uma rede credenciada pode ser analisado aplicando-se conceitos como regionalização e hierarquização de recursos de saúde. A partir disso é possível organizar, por nível de complexidade, uma rede de serviços de saúde, adequada às necessidades dos beneficiários. O dimensionamento racional da



rede assistencial constitui um dos principais requisitos para gestão eficiente de um plano de saúde.

A regionalização consiste no mapeamento de recursos de saúde existentes em determinada região, identificando seus níveis de complexidade e de disponibilidade para o acesso dos beneficiários. A hierarquização situa-se na organização desta rede de forma a integrar os níveis de atenção e de complexidade assistencial, em modelos racionais de assistência.

Uma rede adequadamente dimensionada promove a otimização dos recursos físicos e funcionais contratados, reduz dos custos administrativos, melhora a qualidade de atendimento e promove maior satisfação do beneficiário (Costa, 2008).

Para Perrelli (2010) o dimensionamento da Rede Credenciada é um dos fatores que contribui para o adequado desempenho financeiro da operadora de saúde. Uma rede bem dimensionada permite a melhoria da qualidade e da efetividade dos atendimentos e, quando bem administrada, facilita o controle da utilização, leva a maior valorização do convênio pelo credenciado e aumenta o poder de negociação junto ao prestador no que se refere aos aspectos econômicos do contrato.

Algumas operadoras tem apostado em rede própria como estratégia de otimização de recursos e assistência direcionada aos beneficiários. Porém, consideremos que esta assistência muitas vezes é repartida com uma rede de serviços credenciados. Souza e Salvalaio (2010), afirmam que a operadora que possui rede própria atende grande parte de seus beneficiários nesse local, mas, como os planos de saúde têm cobertura ampla, nem sempre todos os serviços de saúde necessários ao atendimento dos beneficiários estão disponíveis na rede própria. Por esse motivo, as operadoras utilizam-se também da rede credenciada.

Outro ponto de destaque na avaliação dos custos segundo Souza e Salvalaio (2010) é o gerenciamento dos recursos das operadoras, pois neste caso há um regime onde as receitas são fixas e pré-determinadas, enquanto os custos com assistência à saúde são em parte, variáveis em função dos atendimentos. Assim, a operadora recebe mensalmente uma receita, conhecida, mas desconhece o custo que o plano pode gerar, dificultando uma previsão da margem a ser obtida com o plano. No caso



do Planserv, uma vez que não possui finalidade de lucro, a imprevisibilidade das despesas ameaça a sustentabilidade do sistema.

O dimensionamento adequado da rede credenciada e a busca da qualificação são fundamentais para o aprimoramento e desenvolvimento de parceiros que possam trabalhar com os mesmos objetivos de cuidado ao beneficiário. A identificação das necessidades e das demandas de saúde permitirá melhores condições para formação de uma rede bem distribuída, regionalizada, hierarquizada consoante com as políticas de saúde nacionais.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do Padrão Assistencial Planserv tornou-se um grande desafio na proposta de disponibilizar aos beneficiários uma rede assistencial que proporcione serviços de saúde de diferentes especialidades com abrangência geográfica adequada, qualidade técnica e resolutividade na prestação dos serviços de saúde. Uma rede credenciada bem gerida é um diferencial para a satisfação dos beneficiários, assim como uma possibilidade exequível de controle e monitoramento das despesas. Atualmente este assunto é foco da atenção de gestores de diversas instituições de saúde, porque além da insatisfação que os beneficiários passaram a demonstrar, há uma necessidade imperiosa de controle dos custos sem perder de vista a qualidade assistencial.

Em razão disso, a gestão da rede assistencial, que antes era apenas mais uma atividade operacional, passou a ser um dos pontos estratégicos do Planserv. Mas como ampliar e gerenciar a rede assistencial mantendo o equilíbrio econômico-financeiro? A resposta vem através de conhecimento técnico especializado, processos de trabalho definidos e instrumentos de controle. O conhecimento técnico especializado permite identificar as eventuais carências da rede assistencial. Os processos de trabalhos definidos tornam mais efetivas as atividades de credenciamento, dimensionamento, relacionamento e qualificação da rede de prestadores de serviços. Já os instrumentos de controle servem para monitorar a rede



assistencial e, principalmente, prover informações que sirvam para avaliar o desempenho da rede e a satisfação dos beneficiários com os serviços prestados.

Vale ressaltar que, os estudos realizados e os avanços conquistados resultaram de esforços que podem ser considerados ainda artesanais e apontam para a necessidade premente de o Planserv buscar modernizar e incrementar seu sistema de gestão, para dar o suporte adequado à complexidade que o projeto requer e possibilitar a evolução que se pretende.

Nesse contexto, o Planserv trilha seu caminho mantendo o foco nos pilares que norteiam sua gestão: equilíbrio econômico-financeiro, qualificação da assistência, interiorização dos serviços e aprimoramento da gestão.



REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.V; LISBOA, M.B. **Economia da saúde no Brasil**. In: LISBOA, M.; Menezes Filho, N. (Org). Microeconomia e sociedade no Brasil. Rio de Janeiro: FGV/RJ, p. 285-331, 2001.

Brasil. Bahia. Lei nº 9.528 de 22 de junho de 2005. Reorganiza o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais e dá outras providências. Diário Oficial do Estado jun 23. Salvador: BA

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.

Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados e assistência à saúde. Diário Oficial da União 1998 jun 04. Brasília: Senado Federal.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2009.

CAMPOS, Carla da Costa. **Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços**. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004. 186 p.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, Maia MFS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Osório A. **Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas**. Cad Saude Publica 2008; 24(Supl. 1).

FARIAS, Luís Otávio. **Estabelecimentos de saúde privados no Brasil: questões acerca da distribuição geográfica e do financiamento da demanda**. Rio de Janeiro: ANS, 2003.

FOGAÇA, Maurício Essvein. **Diferenças de percepção entre operadoras e**



prestadores de serviços no mercado de saúde suplementar brasileiro.

Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, Programa de PósGraduação, Porto Alegre, 2006. 117 f.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2001.

Monografia (Pós Graduação em Gestão em Plano de Saúde) - Universidade Anhanguera-Uniderp, Rio de Janeiro, 2010.

PARRELLI Andréa. Critérios para gestão e suficiência da rede credenciada de um plano de saúde de autogestão com 8.000 beneficiários. 2010. 50 p.

SOUZA MA, SALVALAIO D. Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. Rev Panam Salud Publica 2010;28(4):305–10.

Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, José Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro.** Cien Saude Colet 2004; 9(3):711-724.

UNIDAS-União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Autogestão em Saúde no Brasil: 1980-2005: história da organização e consolidação do setor. São Paulo, 2005



ANEXO I

ITENS DE CLASSIFICAÇÃO – QUALIDADE	PONTUAÇÃO
1. Acreditado no PALC ou ISO 9001	15
2. Classificado como:	10
a) Excelente no PNCQ ou	
b) Aproveitamento superior a 90% no PELM	
3. Interfacing de 100% dos resultados automatizados	20
ITENS DE CLASSIFICAÇÃO – DISPONIBILIDADE	PONTUAÇÃO
1. Oferece resultado do exame pela Internet	10
2. Disponibiliza para o Planserv exames de:	(um ou outro)
2.1 Endocrinologia e Imunologia	20
2.2 Endocrinologia, Imunologia, Biologia Molecular e Citogenética.	30
3. Está localizado em cidade com mais de 10.000 beneficiários do Planserv	10



ANEXO II

Níveis de Classificação

1. Classe A: Fará parte da "Classe A" a unidade que obtiver a seguinte pontuação:

1.1. Itens de classificação de qualidade maior ou igual a 35 pontos;

1.2. Itens de qualificação de disponibilidade igual a 50 pontos;

NOTA: Para ser classificado como "Classe A" a unidade tem que preencher obrigatoriamente às duas condições acima.

2. Classe B: Fará parte da "Classe B" a unidade que obtiver a seguinte pontuação:

2.1. Itens de classificação de qualidade maior ou igual a 30 pontos;

2.2. Itens de qualificação de disponibilidade maior ou igual a 40 pontos

NOTA: Para ser classificada como Classe B a unidade tem que preencher obrigatoriamente às duas condições acima.

3. Classe C: Farão parte da "Classe C" as unidades que fizeram menos de 30 pontos na classificação por qualidade OU menos de 40 pontos na classificação por disponibilidade.



ANEXO III

NÚCLEO RESPONSÁVEL: NAE-NÚCLEO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS		DATA: / /	
PRESTADOR (NOME FANTASIA):			
(RAZÃO SOCIAL):			
CNPJ:	TIPO: LABORATÓRIO	CLASSIFICAÇÃO CH:	QUALIDADE:
DOCUMENTAL			
Alvará de vigilância sanitária ()Sim ()Não		ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO ()SIM ()NÃO	
Regularidade Fazenda/INSS ()Sim ()Não		OUTROS ()SIM ()NÃO	
QUALITATIVA			
Acreditações e Certificações:		Validade	Pontuação
CAP-COLÉGIO AMERICANO DE PATOLOGISTAS		/ /	() 5
DICQ/SBAC-SISTEMA NACIONAL DE ACREDITAÇÃO		/ /	() 5
ILAC/IAAC-INTERNATIONAL LABORATORY ACCRED. COOPET.		/ /	() 5
INMETRO/ABNT-NBR- INST. BRAS. DE METROL./ASSOC. BRAS. NORMAS		/ /	() 5
ONA/ONAD- ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO		/ /	() 5
PALC/SBPC-ML – PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE LAB. CLI. E/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA MED. LAB. OU CONTROLLAB ISO 9001(N.15189) INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STARDIZAT		/ / / /	() 15
PNCQ – PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE QUALIDADE E/OU PELM – PROFICIÊNCIA EM ENSAIOS LABORATORIAIS		/ / / /	() 10
INTERFACIAMENTO DE 100% DOS RESULTADOS AUTOMATIZADOS			() 20
PESQUISA BENEFICIÁRIO:			
1. DISPONIBILIDADE		Total Parcial	
Exames: Endocrinologia e Imunologia			() 20
Exames: Biologia Molecular e Citogenética			() 30
Serviço de Análise Clínica não Terceirizado			() 10
Entrega de Resultados pela Internet			() 10
1.2 SUFICIÊNCIA DE REDE		Total Parcial	
Única opção na localidade (Município ou Distrito Sanitário)			() 10
Localizado em Município ou Distrito Sanitário-Mais de 10 Mil Beneficiários			() 10
		Total Parcial	
AValiação Total de Pontos: Qualidade + Disponibilidade + Suficiência de Rede =		Total Geral	
PONTUAÇÃO: A - Qualidade =>35		B - Qualidade => 30	C - Qualidade < 30
A - Disponibilidade =>50		B -Disponibilidade=>40	C - Disponibilidade < 40
Núcleo: NAE	Avaliador:	Data: / /	
Obs:			



ANEXO IV**Pesquisa de Satisfação dos Beneficiários Planserv**

1. Quais os motivos para escolha do laboratório?

a. Estrutura física das dependências do Laboratório

b. Proximidade com a residência/trabalho

c. Bom atendimento

d. Confiança nos resultados do Laboratório

e. Pontualidade na entrega do resultado (laudo).

2. Como você avalia o tempo de espera para o atendimento.

RUIM

REGULAR

BOM

EXCELENTE

3. A coleta do sangue correu na primeira punção de veia?

SIM

NÃO

4. Qual sua avaliação geral do laboratório?

RUIM

REGULAR

BOM

EXCELENTE

5. Houve necessidade de repetir o exame em outro laboratório?

SIM

NÃO



ANEXO V

Níveis de Complexidade dos Serviços de Saúde

<p>NÍVEL I (Para municípios com mais de 2000 beneficiários OU municípios com maior número de beneficiários na Microrregião)</p>	<p>Especialidades:</p> <p>Cardiologia Clínica Médica Ginecologia/Obstetrícia Pediatria</p> <p>Serviços:</p> <p>Anatomia patológica (Mínimo: citologia e microflora) Diagnóstico em cardiologia básico(ECG, Teste Ergométrico, MAPA, Holter, Ecocardiograma) Diagnóstico por imagem básico (USG, RX, Mamografia) Fisioterapia Laboratório</p> <p>UPA 24 horas</p> <p>7 leitos/ 2 médicos Adulto/Pediátrico ECG / Radiologia / Laboratório Sala de Gesso/ Inalação (6 poltronas)/ Medicação (mínimo 4 poltronas)</p>
<p>NÍVEL II (Para microrregiões com mais de 8.000 beneficiários OU municípios com maior número de beneficiários na Macrorregião)</p>	<p>Especialidades:</p> <p>Alergologia Angiologia/Cirurgia Vascular Anestesiologia Cardiotocografia Cirurgia Geral / Cirurgia Geral Aparelho Digestivo . Dermatologia Endocrinologia Gastroenterologia Geriatrics Mastologia Neurologia Oftalmologia Oncologia</p>



	<p>Ortopedia/Traumatologia Otorrinolaringologia Pneumologia Proctologia Psiquiatria Urologia</p> <p>Serviços:</p> <p>Assistência Domiciliar Densitometria Óssea</p> <p>Endoscopia Digestiva Alta e Baixa Endoscopia Respiratória Medicina Nuclear Prova de Função Pulmonar Ressonância Magnética Terapia Renal Substitutiva Tomografia Computadorizada</p> <p>Hospital Geral</p>
<p>NÍVEL III (Para macrorregiões com mais de 40.000 beneficiários)</p>	<p>Serviços:</p> <p>Angioplastia Cardiologia Métodos Complexos (Estudo Eletrofisiológico e Marca-Passo) Dermatopatologia Eletroencefalografia Exame de Líquor Hemodinâmica Nefrolitotripsia Neurofisiologia Neurorradiologia Oftalmologia Métodos Complementares COM CONTROLE ESPECÍFICO Otorrinolaringologia Métodos Complementares COM CONTROLE ESPECÍFICO Quimioterapia Radioterapia Urodinâmica Vídeo-Histeroscopia</p>



	<p>Especialidades:</p> <p>Cardiologia Pediátrica Cirurgia Bariátrica Cirurgia Cabeça e Pescoço Cirurgia Cardíaca Cirurgia Crânio -maxilo-facial Cirurgia de Mão Cirurgia Pediátrica Cirurgia Plástica Reparadora Cirurgia Torácica Cirurgia Vascular Periférica Dependência Química Hematologia Hepatologia Imunologia Infectologia Nefrologia Nefrologia Pediátrica Neurocirurgia Neurologia Pediátrica</p> <hr/> <p>Oncologia Pediátrica Reumatologia</p> <p>Hospital Especializado</p>
NÍVEL IV - CAPITAL	<p>Clínica da Dor Oxigenioterapia Hiperbárica Suporte Medicamentoso</p>



AUTORIA

Paulo Roberto Barboza Santana – Coordenador de Gestão de Rede de Prestadores do Planserv
Secretaria de Administração do Estado da Bahia
Endereço eletrônico: paulo.barboza@planserv.ba.gov.br
Tel.: 71-98846-1092

Cristina Teixeira Silva Olinda Cardoso – Coordenadora Geral do Planserv
Secretaria de Administração do Estado da Bahia
Endereço eletrônico: cristina.cardoso@planserv.ba.gov.br
Tel.: 71-98784-2610

