

**AUDITORÍA Y CALIDAD DE LOS SEGUROS DE SALUD:
MOTIVACIONES DE LOS GESTORES DE ASEGURADORAS DE LA
CIUDAD DE SÃO PAULO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA
ASISTENCIA PRESTADA AL BENEFICIARIO**

**AUDIT ET QUALITÉ DES ASSURANCES SANTÉ: MOTIVATIONS DES
DIRECTEURS DES OPÉRATRICES DE LA VILLE DE SÃO PAULO POUR
L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS**

Marcos Fumio Koyama (FGV-EAESP)
Álvaro Escrivão Junior (FGV -EAESP)

Resumen/ **Résumé**

- El Programa de Calificación de la Salud Suplementaria evaluará y calificará a las aseguradoras por metas alcanzadas en determinados indicadores. El objetivo del trabajo es conocer las motivaciones de los gestores de las aseguradoras médicas para promover la calidad, considerando la auditoría en salud, mediante 3 entrevistas con gestores de aseguradoras de São Paulo.
- Las motivaciones identificadas son: la “misión de la empresa”, la motivación mercadológica, y la reducción de costes asistenciales.
- Le programme « Qualité de la Santé Supplémentaire » fera l'évaluation des assurances santé en fonction des points obtenus par l'atteinte de certains indicateurs. L'objectif de ce travail est de connaître les motivations des gestionnaires des assurances santé pour développer le Programme Qualité en tenant compte de l'audit santé, à travers des entretiens avec 3 gestionnaires d'assurances santé de la ville de São Paulo.
- Les motivations identifiées sont « la mission de l'entreprise », la motivation de marché, et la réduction des coûts des soins.

Objetivo/ Objectif

- El objetivo del trabajo es conocer las motivaciones de los gestores de las aseguradoras médicas para promover avances en la calidad de la asistencia prestada al beneficiario, y algunos aspectos de la relación entre auditoría en salud y la mejora de la calidad
- **L'objectif de ce travail est de connaître quelles sont les motivations des gestionnaires de assurances santé pour promouvoir l'amélioration de la qualité des soins prêtés à leurs utilisateurs, ainsi que certains aspects de la relation existant entre audit et qualité de la santé.**

Metodología/ Méthode

- Entrevistas con 3 gestores de alto escalón de aseguradoras de distintas modalidades, mediante el uso de un guión semiestructurado, procurando estimular la discusión de los aspectos inherentes a la gestión de la auditoría en salud y a la evaluación de la calidad de la asistencia prestada a los beneficiarios por parte de la aseguradora.
- Entretiens, au moyen d'un questionnaire demi-structuré, avec trois gestionnaires de la haute administration de trois différentes assurances santé, en cherchant à stimuler le débat des aspects concernant la gestion de l'audit santé et l'évaluation de la qualité des soins prêtés aux utilisateurs.

Caracterización de las operadoras estudiadas/ Caractérisation des opératrices d'assurances santé étudiées

ENTREVISTADO	ASEGURADORA 1 (E1)	ASEGURADORA 2 (E2)	ASEGURADO RA 3 (E3)
BENEFICIARIOS	> 100.000	> 50.000	>100.000
ACTUACIÓN	NACIONAL	REGIONAL	NACIONAL
CARGO DEL ENTREVISTADO	SUPERINTE NDE NTE MÉDICO (E1)	GERENTE MÉDICO (E2)	DIRECTOR MÉDICO (E3)
RESPONSABILIDAD DE GESTIÓN	CALL CENTER, ACREDITACIONES, CUENTAS MÉDICAS, AUDITORÍA	AUDITORÍA, CALL CENTER, CUENTAS MÉDICAS, MATERIALES Y MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO	REGULACIÓN MÉDICA, CALL CENTER, CUENTAS MÉDICAS, ACREDITACIONES, AUDITORÍA

ENTRETIEN	OPERATRICE 1 (E1)	OPERATRICE 2 (E2)	OPERATRICE 3 (E3)
PERSONNES ASSISTÉES	> 100.000	> 50.000	>100.000
EXERCICE	NATIONAL	RÉGIONAL	NATIONAL
POSITION DE L'INTERVIEWÉ	MÉDECIN SUPERINTENDANT (E1)	MÉDECIN GESTIONNAIRE (E2)	DIRECTEUR MÉDICAL (E3)
RESPONSABILITÉS DE GESTION	CENTRALE DE COMMUNICATION, POLITIQUE CONVENTIONNELLE, FACTURES MÉDICALES, AUDIT	AUDIT, CENTRALE DE COMMUNICATION, FACTURES MÉDICALES, DISPOSITIFS ET MÉDICAMENTS DE HAUT PRIX	RÉGULATION MÉDICALE, CENTRALE DE COMMUNICATION, FACTURES MÉDICALES, POLITIQUE CONVENTIONNELLE, AUDIT

RESULTADOS/ Résultats

- ¿Qué es lo que entiende la aseguradora cuando se habla de “calidad de la asistencia prestada al beneficiario”?
 - **E1: “ACCESO A UNA AMPLIA RED ACREDITADA, COBERTURA Y BENEFICIOS”.**
 - **E2: “COSTO-BENEFICIO FAVORABLE AL BENEFICIARIO Y RESULTADOS CLÍNICOS”.**
 - **E3: “COSTO-BENEFICIO FAVORABLE AL BENEFICIARIO, ACCESO A UNA AMPLIA RED ACREDITADA, COBERTURA Y BENEFICIOS”.**
- Quelle est l’idée de l’opératrice d’assurance santé quand on parle de “qualité des soins prêtés aux utilisateurs” ?
 - *E1: “AMPLE ACCÈS AUX SOINS CONVENTIONNÉS , COUVERTURE, ET BÉNÉFICES”*
 - *E2: “RAPPORT QUALITÉ-PRIX FAVORABLE POUR L’UTILISATEUR ET RÉSULTATS CLINIQUES” .*
 - *E3: “RAPPORT QUALITÉ-PRIX FAVORABLE À L’UTILISATEUR, AMPLE ACCÈS AU RÉSEAU DE SOINS CONVENTIONNÉ, COUVERTURE ET BÉNÉFICES”*

RESULTADOS/ Résultats

- ¿Su empresa verifica de forma sistemática la calidad de la asistencia prestada a su beneficiario, ya sea en la red médica acreditada o referenciada, o bien en su propia red?
- *E1: “SÍ, POR LA AUDITORÍA, ACREDITACIÓN, SAC (RECLAMACIONES). RECURRO AL CONTACTO DIRECTO PARA EVALUAR LA ASOCIACIÓN DEL PRESTADOR Y SU CALIDAD”.*
- *E2: “SÍ. CADA 6 MESES, HAGO ESTUDIOS EN LA CARTERA DE DIABETES, OBESIDAD, PULMONARES Y CARDIOPATÍAS. ESTUDIO ACTIVAMENTE EL BANCO DE DATOS Y CALCULO INDICADORES, E INCLUSO ME ENTREVISTO CON USUARIOS. (EJ. OBESIDAD)”.*
- *L’entreprise fait- elle une évaluation systématique de la qualité des soins prêtés aux utilisateurs, que ce soit par le réseau conventionné ou bien par son propre réseau de soins ?*
- *E1: “OUI, À TRAVERS L’AUDIT, LE SECTEUR DE CONVENTION, LE SERVICE D’AIDE AUX CLIENTS. J ’AI RECOURS AU CONTACT DIRECT POUR JUGER DU PARTENARIAT ET DE LA QUALITÉ DU PROFESSIONNEL CONVENTIONNÉ”*
- *E2: “OUI. TOUS LES 6 MOIS, JE FAIS DES ÉTUDES SUR LES GROUPES DE DIABÉTIQUES, D’OBÈSES, DE MALADES PULMONAIRES ET DE MALADES CARDIAQUES. J’ÉTUDIE LA BANQUE DE DONNÉES ET CALCULE LES INDICATEURS, ET PARFOIS J’ENTRE EN CONTACT DIRECT AVEC LE MALADE (PAR EXEMPLE, POUR L’OBÉSITÉ)”*

RESULTADOS/ Résultats

- ¿Su empresa verifica de forma sistemática la calidad de la asistencia prestada a su beneficiario, ya sea en la red médica acreditada o referenciada, o bien en su propia red?
 - **E3: “SE HACEN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE CLIENTES, USUARIOS, PRESTADORES DE LA RED, RED PROPIA, 2 VECES AL AÑO, MEDIANTE CUESTIONARIOS Y CON UNA EMPRESA EXTERNA DE MARKETING. MEDIMOS EL DESEMPEÑO DE LA RED, VISITAMOS CONSULTORIOS, VERIFICAMOS LA CALIDAD DEL CONSULTORIO, CUALIFICACIÓN DEL CURRÍCULO, SATISFACCIÓN DE SUS CLIENTES (PACIENTES), Y CONTROLAMOS EL COSTE AGREGADO DE ESTOS MÉDICOS. TIENEN PREMIOS POR DESEMPEÑO”.**
- L’entreprise fait- elle une évaluation systématique de la qualité des soins prêtés aux utilisateurs, que ce soit par le réseau conventionné ou bien par son propre réseau de soins ?
 - **E3: “ IL Y A UN QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES CLIENTS, UTILISATEURS, PROFESSIONNELS CONVENTIONNÉS, APPLIQUÉ DEUX FOIS PAR AN, DIRECTEMENT OU À TRAVERS UNE ENTREPRISE DE TÉLÉMARKETING. NOUS ÉVALUONS LA PERFORMANCE DU RÉSEAU CONVENTIONNÉ, NOUS VISITONS LES CABINETS, NOUS REGARDONS LA QUALITÉ DES CABINETS, LA QUALIFICATION DU CURRICULUM, LA SATISFACTION DE LEURS CLIENTS(PATIENTS), ET NOUS CONTRÔLONS LES COÛTS DE CES MÉDECINS. ILS GAGNENT DES PRIX SELON LEUR PERFORMANCE.**

RESULTADOS/ Résultats

- ¿Por qué motivos la aseguradora debería preocuparse por mejorar la calidad de la asistencia prestada al beneficiario?

- ***E1: “POR ORDEN DE IMPORTANCIA: DISMINUCIÓN DE COSTES ASISTENCIALES, SATISFACCIÓN DEL BENEFICIARIO Y MISIÓN DE LA ASEGURADORA. TENEMOS EL MOTIVO DE SALUD DE LA CARTERA (ENVEJECIMIENTO), RIESGO ACTUARIAL/COSTE/FINANCIERO, SATISFACCIÓN DEL CLIENTE Y FIDELIZACIÓN”.***

- Pour quelles raisons l'entreprise devrait-elle prêter importance à l'amélioration de la qualité des soins offerts aux utilisateurs ?

- ***E1: “PAR ODRE D'IMPORTANCE: DIMINUTION DES COÛTS DES SOINS, SATISFACTION PERÇUE PAR L'UTILISATEUR ET MISSION DE L'ENTREPRISE. NOUS AVONS LE MOTIF DE SANTÉ DE NOTRE POPULATION (VIEILLISSEMENT), LE RISQUE ACTUARIEL/ COÛT / FINANCIER, LA SATISFACTION DE CLIENT ET SA FIDÉLISATION”.***

RESULTADOS/ Résultats

- ¿Por qué motivos la aseguradora debería preocuparse por mejorar la calidad de la asistencia prestada al beneficiario?
- **E2: “CREEMOS FIRMEMENTE QUE LA DISMINUCIÓN DEL COSTE ASISTENCIAL SOLAMENTE SE CONSIGUE CON BUENA ATENCIÓN, CON ENFERMOS CONTROLADOS. UN ENFERMO CON PREVENCIÓN ADECUADA, NO GASTA. NUESTRA MISIÓN ES CONTRIBUIR PARA QUE NUESTROS CLIENTES TENGAN UNA VIDA DIGNA Y SALUDABLE. POR ORDEN DE IMPORTANCIA: DISMINUCIÓN DE COSTES ASISTENCIALES Y MISIÓN DE LA EMPRESA/ASEGURADORA”**
- **E3: “EL COSTO-BENEFICIO E IMAGEN DE LA EMPRESA ES UN DIFERENCIAL DE MERCADO, QUIERO QUE SEA RECONOCIDA, QUE MI CALIDAD SEA UN DIFERENCIAL DE MERCADO. POR ORDEN DE IMPORTANCIA: DISMINUCIÓN DE COSTES ASISTENCIALES Y SATISFACCIÓN DEL BENEFICIARIO”.**
- Pour quelles raisons l'entreprise devrait-elle prêter importance à l'amélioration de la qualité des soins offerts aux utilisateurs ?
- **E2: “NOUS CROYONS FERMEMENT QUE LA DIMINUTION DU COÛT DE L'ASSISTANCE N'AURA LIEU QU'AVEC DES SOINS DE QUALITÉ, AVEC DES MALADES SUIVIS. LES MALADES AVEC UNE BONNE PRÉVENTION NE DÉPENSENT PAS. NOTRE MISSION EST DE CONTRIBUER POUR QUE NOS CLIENTS AIENT UNE VIE DIGNE ET EN BONNE SANTÉ. PAR ODRE D'IMPORTANCE: DIMINUTION DES COÛTS DES SOINS ET MISSION DE L'ENTREPRISE”**
- **E3: “C'EST LE RAPPORT QUALITÉ-PRIX ET L'IMAGE DE L'ENTREPRISE. C'EST LE DIFFÉRENTIEL DE MARCHÉ, JE VEUX ÊTRE RECONNU, AVEC LA QUALITÉ COMME DIFFÉRENTIEL DE MARCHÉ. PAR ORDRE D'IMPORTANCE: DIMINUTION DES COÛTS DES SOINS ET SATISFACTION PERÇUE PAR L'UTILISATEUR”.**

RESULTADOS/ Résultats

- Respecto al ítem “calidad de la asistencia prestada al beneficiario”, ¿qué aspectos de la calidad verifica?
 - **E1: “POR ORDEN DE IMPORTANCIA: ASISTENCIAL, SATISFACCIÓN DEL BENEFICIARIO, DESEMPEÑO DEL PRESTADOR EN TÉRMINOS FINANCIEROS. FORMAS DE MEDIR CALIDAD: ÍNDICES DE UTILIZACIÓN Y COSTE”.**
 - **E2: “CADA 2 AÑOS, HACEMOS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO (BENEFICIOS). SE VERIFICA EL ASPECTO ASISTENCIAL, SATISFACCIÓN DEL BENEFICIARIO, DESEMPEÑO DEL PRESTADOR EN TÉRMINOS EPIDEMIOLÓGICOS. SEGUIMIENTO DE GASTOS, TIEMPO DE INTERNACIÓN, SU HISTÓRICO. FORMAS DE MEDIR CALIDAD: USO DE SAC, Y CENTRAL DE CALL CENTER, USO DE INDICADORES ASISTENCIALES Y EPIDEMIOLÓGICOS, ÍNDICE DE RECLAMACIONES E ÍNDICES DE UTILIZACIÓN Y COSTE”.**
- Quant à la question “qualité de l’assistance prêté aux utilisateurs”, quels aspects de cette qualité sont vérifiés ?
 - E1: PAR ORDRE D’IMPORTANCE: LES SOINS, LA SATISFACTION DU CLIENT, LE PERFORMANCE FINANCIÈRE DES CONVENTIONNÉS. COMMENT MESURER LA QUALITÉ: INDICATEURS DE CONSOMMATION DE SOINS ET DE COÛTS.
 - E2: TOUS LES 2 ANS, ENQUÊTE SUR LA SATISFACTION DU CLIENT. VÉRIFIE LES SOINS, LA SATISFACTION DU CLIENT, LA PERFORMANCE DES CONVENTIONNÉS EN TERMES EPIDÉMIOLOGIQUES. SUIVI DES DÉPENSES, TEMPS DE SÉJOUR À L’HÔPITAL, AU LONG DU TEMPS. FORMES DE MESURER LA QUALITÉ: SERVICE D’AIDE AU CLIENT E CENTRALE DE COMMUNICATION, INDICATEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET DE SOINS, INDICES DE RÉCLAMATIONS, D’UTILISATION ET DE COÛTS.

RESULTADOS/ Résultats

- Respecto al ítem “calidad de la asistencia prestada al beneficiario”, ¿qué aspectos de la calidad verifica?
- **E3: “TRANSFIERO PACIENTES A LA MEDICINA PREVENTIVA, ESTO DEPENDE MUCHO DEL PACIENTE. POR ORDEN DE IMPORTANCIA: ASISTENCIAL, SATISFACCIÓN DEL BENEFICIARIO, DESEMPEÑO DEL PRESTADOR EN TÉRMINOS FINANCIEROS Y DESEMPEÑO DEL PRESTADOR EN TÉRMINOS EPIDEMIOLÓGICOS. LOS INDICADORES ASISTENCIALES Y EPIDEMIOLÓGICOS SON LA PARTE EN QUE AÚN TENEMOS PROBLEMAS, LA INFORMACIÓN QUE VIENE DEL PRESTADOR ES MUY MALA”.**
- Quant à la question “qualité de l’assistance prêtée aux utilisateurs”, quels aspects de cette qualité sont vérifiés ?
- E3: les patients sont suivis par le secteur de prévention; cela dépend beaucoup du patient. Par ordre d’importance: soins, satisfaction du client, performance financière et performance épidémiologique des conventionnés. Les indicateurs de soins et épidémiologiques sont ceux pour lesquels on hésite encore, l’information obtenue des conventionnés est encore de très mauvaise qualité.

RESULTADOS/Résultats

- ¿Cuál es el papel de su auditoría (médica) en su aseguradora?
 - **E1: “TODAS, ADEMÁS DE AUXILIO A LA ACREDITACIÓN PARA NEGOCIACIÓN DE PAQUETES, MATERIALES ESPECIALES. EL NÚCLEO ES MÉDICO, CON SUBÁREAS DE AUXILIO ADMINISTRATIVO”.**
 - **E2: “ES DE 2 TIPOS. UNO ES EL USUAL DE CUENTAS, MUY BUROCRÁTICO, VERIFICA LAS REGLAS CONTRACTUALES, ETC. HAY UN EQUIPO DE AUDITORES QUE HACE LA VISITA “IN SITU”, NO EN EL 100% DE LAS INTERNACIONES. SON TERCERIZADOS Y ESTAMOS VIVIENDO UN MOMENTO DE TRANSICIÓN, PUES ESTABA RESTRINGIDA A LA PARTE DE CUENTAS, Y AHORA ESTÁ EMPEZANDO A VERIFICAR LA CALIDAD, CON MAYOR CONTACTO CON EL CLIENTE, EN LUGAR DEL PRONTUARIO, VERIFICANDO SI EL PACIENTE FUE BIÉN ATENDIDO, PERO ESTE MOVIMIENTO TODAVÍA ESTÁ COMENZANDO”.**
- Quel est le rôle de l’audit médical dans votre entreprise ?
 - **E1: “TOUS, EN PLUS DE L’AIDE À LA CONVENTION POUR LA NÉGOCIATION DE PRIX EM BLOC, DES DISPOSITIFS MÉDICAUX. LE SECTEUR D’AUDIT EST MÉDICAL, AVEC DES SOUS-SECTEURS ADMINISTRATIFS.**
 - **E2: “OUI, DE 2 TYPES. L’UN EST L’AUDIT USUEL DE COMPTABILITÉ, TRÈS BUREAUCRATIQUE, VÉRIFICATION DES RÈGLES CONTRACTUELLES ETC. IL Y A UNE ÉQUIPE D’AUDITEURS QUI FAIT UN CONTRÔLE SUR LES LIEUX, MAIS CE NE SONT PAS 100 % DES HOSPITALISATIONS. CE SONT DES TIERS ET NOUS PASSONS PAR UNE PÉRIODE DE TRANSITION, QUI ÉTAIT RESTRICTIF À UNE PARTIE DES FACTURES, ET COMMENÇANT MAINTENANT À REGARDER DE PLUS PRÈS LA QUALITÉ, AVEC UN PLUS GRAND CONTACT AVEC LE CLIENT, AU LIEU DES DOCUMENTS MÉDICAUX, POUR VÉRIFIER SI LE CLIENT A EU DES SOINS DE QUALITÉ, MAIS CE MOUVEMENT EST ENCORE PRÉCOCE”.**

RESULTADOS/ Résultats

- ¿Cuál es el papel de su auditoría (médica) en su aseguradora?
 - **E3: “TODAS EXCEPTO NEGOCIACIÓN Y ANALIZAR EL DESEMPEÑO DEL PRESTADOR. EL DESEMPEÑO A LARGO, MEDIO PRAZO SE HACE INTERNAMENTE. LA NEGOCIACIÓN ES SOLO LA GLOSA. TAMBIÉN DIAGNOSTICA LA PREEXISTENCIA NO DECLARADA, EN LA LÍNEA DEL FRAUDE. HAY MUCHOS FRAUDES EN LAS PÓLIZAS COLECTIVAS E INDIVIDUALES”.**
- Quel est le rôle de l’audit médical dans votre entreprise ?
 - E3: “TOUS LES RÔLES EXCEPTÉ LA NÉGOCIATION ET L’ANALYSE DE LA PERFORMANCE DES CONVENTIONNÉS. L’ANALYSE DE LA PERFORMANCE À MOYEN ET LONG TERME EST FAITE INTERNEMENT. LA NÉGOCIATION CE SONT SEULEMENT LES FACTURES RÉPROUVÉES. IL Y A AUSSI LE DIAGNOSTIC DE LA MALADIE PRÉEXISTENTE NON DÉCLARÉE, OU DE FRAUDES. IL YA A BEAUCOUP DE FRAUDES DANS LES POLICES D’ASSURANCS COLLECTIVES ET INDIVIDUELLES”.

RESULTADOS/Résultats

- ¿Cuál es, a su juicio, la función del auditor médico con relación a la promoción de la calidad de la asistencia prestada al beneficiario en lo que se refiere a parámetros epidemiológicos?
- **E1: “NO TIENE ESA FUNCIÓN. SÓLO TRABAJA UNA REGIÓN ESPORÁDICAMENTE. EJEMPLO: AUMENTO DE LA DEMANDA DE CIR. VASECTOMÍA – VERIFICA LA RED Y EL USO EXCESIVO DE LA MISMA”.**
- **E2: “AÚN NO. TODAVÍA TENEMOS MUCHOS PROBLEMAS CON LAS CUENTAS, DEPENDAMOS DEL AUDITOR PARA CUADRAR LAS CUENTAS. EL AUDITOR AÚN TIENE QUE DEDICAR GRAN PARTE DE SU ENERGÍA A ESO, A ASPECTOS FINANCIEROS, A LA PERTINENCIA Y CANTIDAD DEL MATERIAL, PERO LO VEO POSIBLE MÁS ADELANTE, UNA VEZ QUE CONSIGAMOS SUPERAR ÉSTE TIPO DE COSAS”.**
- Quelle est votre compréhension au sujet du rôle de l’auditeur médical quant à la promotion de la qualité des soins en tant que paramètres épidémiologiques ?
- **E1: “IL N’A PAS CE RÔLE. C’EST SEULEMENT DE FAÇON EXCEPTIONNELLE QU’IL TRAVAILLE SUR UNE RÉGION. PAR EXEMPLE, QUAND IL Y A UNE AUGMENTATION DE LA CONSOMMATION D’UN SOIN PARTICULIER (FACECTOMIE), IL Y A VÉRIFICATION DU RÉSEAU CONVENTIONNÉ. L’EXCÈS DE CONSOMMATION DE SOINS EST VÉRIFIÉ”.**
- **E2: “PAS ENCORE. ON A ENCORE BEAUCOUP DE PROBLÈMES DE FACTURES, CELA DÉPEND DE L’AUDITEUR, POUR QUE LA FACTURE SOIT CORRECTE. L’AUDITEUR DOIT ENCORE DÉPENSER BEAUCOUP DE SON ÉNERGIE SUR LA COMPTABILITÉ, LES FINANCES, LA QUANTITÉ DE MATÉRIEL CONSOMMÉ, MAIS J’ENTREVOIS QUE DANS LE FUTUR ON Y ARRIVERA, QUAND ON AURA DÉPASSÉ CE GENRE DE PROBLÈME”.**

RESULTADOS/Résultats

- ¿Cuál es, a su juicio, la función del auditor médico con relación a la promoción de la calidad de la asistencia prestada al beneficiario en lo que se refiere a parámetros epidemiológicos?
- ***E3: “NO LO PUEDO HACER, NO PODEMOS, EL CRM NO PERMITE REALIZAR ESA AUDITORÍA TÉCNICA, INTERFERIR EN LA CONDUCTA MÉDICA. CUANDO PERCIBIMOS ALGÚN ERROR, SE LO SEÑALAMOS AL DIRECTOR CLÍNICO, PERO SON EXCEPCIONES”.***
- Quelle est votre compréhension au sujet du rôle de l’auditeur médical quant à la promotion de la qualité des soins en tant que paramètres épidémiologiques ?
- E3: “JE NE PEUX PAS LE FAIRE, ON NE PEUT PAS, L’ORDRE DES MÉDECINS NE PERMET PAS QUE L’ON FASSE CET AUDIT TECHNIQUE, UNE INTERVENTION SUR LA DÉCISION MÉDICALE. QUAND ON VOIT QUELQUE CHOSE QUI NE VA PAS, ON PRÉVIENT LE DIRECTEUR MÉDICAL (DE L’HÔPITAL) MAIS C’EST L’EXCEPTION” .

RESULTADOS/Résultats

- ¿Hay vigilancia activa sobre los beneficiarios que no utilizan los recursos (o sea, al margen de la percepción de la importancia con relación a los criterios utilizados de paciente de alto costo, etc.)?
- **E1: "NOS FALTA REALIZAR ESTE TIPO DE VIGILANCIA. PERO HACEMOS TRABAJO DE MEDICINA PREVENTIVA Y ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE NUESTRA CARTERA".**
- **E2: "TENEMOS UN SEGUIMIENTO DE LA CARTERA CON INDICADORES CLÍNICOS, PARA PAPANICOLAU, MAMOGRAFÍA, POR EJEMPLO: SE MANDAN CARTAS A LAS MUJERES. NOS APROXIMAMOS A LA MEDICINA OCUPACIONAL".**
- **E3: "LA ASEGURADORA REALIZA CUESTIONARIOS DE RIESGO DE SALUD GRATUITOS A CASI TODOS LOS CLIENTES, DIRIGIDOS A QUIENES GOZAN DE BUENA SALUD, EN LOS QUE SE RECOGEN INFORMACIONES Y SE DETERMINA EL RIESGO ONCOLÓGICO, METABÓLICO, CARDIOVASCULAR, FAMILIAR; LA INFORMACIÓN INDIVIDUALIZADA SE DEVUELVE AL BENEFICIARIO CON ORIENTACIONES, PIDIÉNDOLE QUE SE PRESENTE EN EL CENTRO DE MEDICINA PREVENTIVA, ORIENTÁNDOLE A QUE BUSQUE ESPECIALISTAS, INVITÁNDOLE Y SENSIBILIZÁNDOLE".**
- Y a-t-il une surveillance active des utilisateurs qui ne consomment pas de soins (c'est à dire, en plus de la perception de l'importance du suivi des clients qui sont les plus grands consommateurs etc) ?
- E1: "Il faudrait faire ce type de surveillance. Mais nous avons un travail de prévention, et une étude épidémiologique de notre population".
- E2: " Nous avons la "carte" de notre population avec des indicateurs de soins, pour le frottis cervical, la mamographie, par exemple nous envoyons des lettres aux femmes, nous sommes proches de la médecine du travail".
- E3: "L'entreprise, sans faire payer davantage au client, envoie à presque tous les clients des questionnaires de santé, dirigés à ceux qui sont en bonne santé aujourd'hui, où sont rassemblées les informations et classés les risques oncologiques, métaboliques, cardio-vasculaires, familiaux, et l'information retourne au client, qui est identifié, appelé au centre de prévention, orienté pour la recherche de spécialistes, invité, sensibilisé".

Conclusiones Finales/

Conclusions

- La calidad de la asistencia prestada por las aseguradoras de salud a los beneficiarios es un tema nuevo que surge con el Programa de Calificación de las Aseguradoras de Salud de la ANS.
- La atención en call center, SAC (Servicio de Atención al Cliente) y las encuestas de satisfacción son los mecanismos usados normalmente para evaluar la calidad del servicio prestado. El mercado de medicina suplementaria es competitivo y tiene poca expansión; además, los productos que ofrecen las diferentes aseguradoras son muy similares, por lo cual solamente pueden diferenciarse por el nivel de servicio y la fidelización del cliente.
- La qualité des soins prêtés par les opératrices d'assurances santé est un sujet nouveau qui apparaît grâce au Programme de Qualification des Opératrices d'Assurances Santé de L'Agence Nationale de Santé Supplémentaire.
- Les appels aux Centrales de Communication, Services d'Aide aux Consommateurs et les enquêtes de satisfaction sont les moyens qui sont en général utilisés pour l'évaluation de la qualité des services. Comme le marché compétitif de la médecine supplémentaire n'est pas en expansion, et le produit est très similaire entre les concurrents, le seul différentiel possible est le niveau du service et la fidélisation.

Conclusiones Finales/

Conclusions

- La calidad de la asistencia prestada por las aseguradoras de salud, en su más amplio sentido, abarca también el lado técnico, que no es de pleno conocimiento del cliente o beneficiario. Por lo tanto, no solamente se está evaluando un aspecto del proceso operacional, como si el reembolso de gastos médicos se liquida en pocos días, el tiempo de espera mínimo en un call center, o una red acreditada amplia, sino que incluye aspectos técnicos o clínicos de cuya eficacia debe responsabilizarse la aseguradora.
- De hecho, se identificó que una de las motivaciones de las aseguradoras para mejorar la calidad de la asistencia prestada al beneficiario es la “misión de la empresa”, además de la motivación mercadológica, y la reducción de costes asistenciales.
- La qualité des soins offerts par les opératrices, en un sens plus large, comprend aussi un aspect technique, qui n'est pas totalement connu par le client ou utilisateur. Ce n'est donc pas seulement le processus opérationnel qui est évalué, comme par exemple le remboursement en peu de temps, l'attente minimale à la centrale de communication, ou un large réseau conventionné, mais l'évaluation concerne aussi des aspects techniques ou cliniques dont la responsabilité appartient à l'entreprise d'assurance santé.
- En effet, une des motivations présentées pour l'amélioration de la qualité des soins prêtés aux utilisateurs est la “mission de l'entreprise”, au-delà de la motivation de marché ou la diminution des coûts.

Conclusiones Finales/

Conclusions

- La preocupación de las aseguradoras, con relación a la calidad de la asistencia prestada, incluye diversos ámbitos, desde una amplia red de atención y otros aspectos operativos, hasta la obtención de costo-beneficio favorable al cliente y resultados efectivos para mejorar las condiciones de salud del beneficiario.
- Además, el concepto de que la aseguradora no sólo presta servicios de asistencia médica, sino que es promotora de la salud, o sea, busca mejorar las condiciones de salud del beneficiario, la obliga a preocuparse por los beneficiarios que tienen alguna enfermedad, pero que todavía no lo saben ni usaron los recursos disponibles, así como por mantener saludables a aquellos beneficiarios que actualmente están sanos.
- La compréhension des opératrices quant à la qualité des soins, passe par différentes conceptions, qui vont de l'ampleur du réseau de soins et d'autres aspects opérationnels, jusqu'à l'obtention d'un rapport qualité-prix favorable au client et des résultats réels du point de vue de l'amélioration des conditions de santé des utilisateurs.
- Toutefois, l'idée selon laquelle l'opératrice n'est pas seulement une fournisseuse de soins, mais est aussi productrice de santé, c'est à dire, cherche aussi à améliorer les conditions de santé des clients, fait qu'elle s'occupe aussi des clients qui sont malades mais qui ne savent pas ou qui n'ont pas encore consommé de soins, en plus de maintenir en bonne santé ceux qui ne sont pas malades aujourd'hui.

Conclusiones Finales/

Conclusions

- Las acciones en este sentido todavía son puntuales, no son sistemáticas ni amplias, y se hacen por motivación mercadológica y de reducción de costes. En las aseguradoras entrevistadas, las patologías involucradas en las acciones de evaluación de la calidad técnica identificadas en este trabajo son: diabetes, cardiopatía, lumbalgia y obesidad, que presentan una alta frecuencia de casos y tienen un importante impacto en los costes asistenciales.
- Les actions dans ce sens sont encore ponctuelles, non systématiques ou peu élargies, avec des motivations de marché et de diminution des coûts. Pour les entreprises participant de ce travail, les pathologies identifiées qui font partie de l'évaluation de la qualité technique des soins sont celles comme le diabète, les cardiopathies, les douleurs lombaires et l'obésité, qui sont responsables d'un grand nombre de cas et d'un grand impact sur les dépenses de soins.

Conclusiones Finales/

Conclusions

- Este trabajo aportó elementos que indican que ni la auditoría médica, ni las aseguradoras acreditadas de la red, están preparadas para una actuación centrada en la calidad.
- La auditoría todavía se centra en la reducción de costes y en la verificación financiera y económica de los eventos en salud, actividad que es necesaria debido al sistema de remuneración vigente en el sistema suplementario brasileño, el *fee-for-service* (pago por servicios realizados) que tiende a generar “uso excesivo” de recursos en la asistencia.
- Ce travail nous a apporté des éléments qui indiquent que l’audit médical n’a pas une action centrée sur la qualité, ni les professionnels des réseaux conventionnés.
- L’audit a encore comme objectif la diminution des coûts et la vérification financière et économique des actions de santé, activité nécessaire en fonction du système de paiement qui régit le système de santé supplémentaire au Brésil, le “fee-for-service” (payement à l’acte) qui a tendance à produire une “sur-consommation” de soins médicaux.

AUDITORÍA Y CALIDAD DE LOS SEGUROS DE SALUD: MOTIVACIONES DE LOS GESTORES DE ASEGURADORAS DE LA CIUDAD DE SÃO PAULO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA PRESTADA AL BENEFICIARIO

**AUDIT ET QUALITÉ DES ASSURANCES SANTÉ: MOTIVATIONS DES
DIRECTEURS DES OPÉRATRICES DE LA VILLE DE SÃO PAULO POUR
L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS**

Marcos Fumio Koyama – fumio@gvmail.br
Álvaro Escrivão Junior- aescrivao@fgvsp.br

La versión completa del estudio es disponible en:

http://www.fgvsp.br/institucional/biblioteca/catalogo_titulados.htm