



QUALIDADE, ACREDITAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PARA AS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Mirtes Nunes de Marins
(UFF)

Luís Perez Zotes
(UFF)

Resumo

Este artigo faz uma reflexão bibliográfica sobre assistência à saúde no Brasil, nos EUA e na UE. Discute os avanços e limitações da regulação pública dos planos de saúde suplementar. Por fim, aborda aspectos relacionados à qualidade, certificação e acreditação. O método deste trabalho consistiu na revisão crítica de documentos oficiais, publicações científicas, livros e dos sítios eletrônicos das instituições. Optou-se pela revisão da literatura tendo como bases bibliográficas SCOPUS e ISI Web of Knowledge. Conclui-se que ainda é insatisfatória a gestão das operadoras de saúde suplementar sobre a qualidade dos cuidados à saúde oferecidos, mas com a implantação de programas de qualificação de operadoras, assim como as certificações e creditações, espera-se uma maior credibilidade e satisfação dos beneficiários.

Palavras-chaves: Saúde suplementar. Qualidade. Certificação. Acreditação

1. Introdução

Segundo a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) (2005, p. 9), “as raízes da assistência à saúde nas organizações brasileiras encontram-se nas empresas de estrada de ferro dos anos 20, um dos ramos mais importantes da economia do país. Demandava formas de serviço sanitário e assistencial, além de medidas de caráter coletivo, que garantissem a saúde de seus funcionários, de modo a não interromper o desenvolvimento do setor”.

Conforme a UNIDAS (2005, p. 9), com a criação da Lei Eloy Chaves, de 1923, “foi instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), com financiamento tripartite, composto por empregados, empresas e governo”. Nessa modalidade o funcionário integrava o conselho administrativo da Caixa.

Os trabalhadores tinham os benefícios de assistência médica, inclusive aos familiares, aposentadorias e pensões e medicamentos a preços especiais garantidos com a nova lei. Em 1926, esses mesmos direitos foram estendidos às categorias dos portuários e marítimos. (UNIDAS, 2005)

Na década de 30 vieram os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), “autarquias centralizadas do governo federal, sob a égide do novo ministério”. Ao longo dos anos foram criados os institutos de marítimo (IAPM), comerciários (IAPC), bancários (IAPB) e industriários (IAPI). O instituto dos servidores do Estado foi o último e veio na década de 40. Muitas CAPs foram absorvidas pelos IAPs, como os trabalhadores de trapiches e armazéns que se tornou Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados de Estiva, Transportes e Cargas (Iapetc) e outras que sobreviveram até a década de 60. Há casos como o da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), criada em 1944, que perduram até os dias de hoje. (UNIDAS, 2005, p. 10)

Segundo Bertolli Filho (2010, p. 43), na década de 40 o setor privado da medicina começou a pressionar os governos estaduais e o federal a restringir e até mesmo paralisar os planos de construção de hospitais públicos. Assim como na área de educação na época, “os proprietários de casas de saúde defendiam a posição de que o Estado não deveria competir com a medicina privada: deveria fazer doações e empréstimos a juros baixos para que os

empresários criassem uma grande rede de clínicas e hospitais”. Então os serviços dessas redes seriam vendidos à população, aos institutos de aposentadoria e pensões e ao próprio governo.

Segundo UNIDAS (2005, p. 12), “diante das deficiências e distorções, teve início nos anos 50 a uniformização das estruturas de assistência médica dos IAPs, oficializada em 1960 pela Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). A lei regulamentava formas de concessão e compra de serviços de saúde do setor privado; os convênios entre o Estado, empresas, instituições públicas e sindicatos para prestação de serviços de saúde; as formas de pagamento dos serviços comprados; o financiamento para expansão de entidades beneficentes de saúde; o credenciamento de médicos; a livre escolha e as tabelas de honorários”.

A assistência suplementar à saúde no Brasil, baseada em planos e seguros de saúde, teve sua origem nos meados dos anos 60 através da inserção no mercado formal de trabalho. Basicamente o empregado era vinculado às assistências exclusivas para as forças armadas e servidores estaduais ou assistências organizadas pelas próprias empresas empregadoras ou associações de empregados. Com o passar dos anos, surgiram empresas especializadas em planos de saúde, medicinas de grupo e cooperativas de trabalho médico, desenvolvendo um mercado de planos individuais. As seguradoras passam a fazer parte desse mercado a partir do final dos anos 80. (BAHIA et al., 2002)

Segundo Farias; Melamed (2003), o conceito criado nos anos 60 para o mercado de planos e seguros de saúde no Brasil se mantém até os dias de hoje, isto é: a contratação através das empresas empregadoras públicas ou privadas ou individualmente e nas modalidades.

Até o final da década de 70 ainda era bem pequeno o número de beneficiários e conforme Farias; Melamed (2003, p. 589) “mantinham alto grau de dependência em relação ao sistema público, estando fortemente integrados ao modelo de assistência médico-previdenciária então vigente”.

Nessa década, complementa Farias; Melamed (2003), o convênio era celebrado entre uma empresa ou indústria privada, a Previdência Social e a operadora médica. No principal modelo de convênio celebrado, o papel da Previdência era ressarcir à operadora um valor global conforme o número de empregados conveniados, passando a ser a única responsável pelo atendimento médico desse grupo beneficiado. A Previdência efetuava o ressarcimento ao empregador, conforme o número de beneficiários.

Outro modelo era o convênio direto do empregador com a operadora médica. Nesse caso a operadora médica ficava responsável pela assistência à saúde dos funcionários e dependentes. (FARIAS; MELAMED, 2003)

No início da década de 80, segundo Farias; Melamed (2003, p. 589), “o sistema médico-previdenciário de assistência à saúde, baseado na mútua dependência dos setores público e privado, mostrava sinais de esgotamento. A inoperância dos serviços prestados à população denunciava o seu fracasso. A escassez dos recursos estatais no quadro de recessão econômico do início dos anos 80 faz com que o setor privado encontre dificuldades para dar continuidade ao seu processo de acumulação, uma vez que diminuía a capacidade de absorção de sua produção por parte do Estado, seu principal comprador. A manutenção da interdependência dos setores público e privado como fundamento da estratégia de reprodução de ambos era, aparentemente, um empecilho à tentativa de superação da crise instalada”.

A crise da saúde na década de 80 mostrava um quadro não muito diferente do que se vê atualmente, segundo Bertolli Filho (2010, p. 60), “hospitais em precário estado de funcionamento, dificuldades de encontrar atendimento médico, mortes sem socorro especializado: este tem sido o quadro a que está submetida a maior parte da população brasileira. Como resultado da insuficiente expansão dos sistemas de saneamento e da ineficácia da educação sanitária, o país é assolado por epidemias evitáveis, como os surtos de cólera e dengue. E mantêm-se altos os índices de pessoas atingidas por tuberculose, tracoma, doença de Chagas e doenças mentais, confirmando a permanência histórica do trágico estado da saúde popular”.

A falta de planejamento e a descontinuidade dos programas de saúde, segundo Bertolli Filho (2010, p. 61), “permite não só o alastramento da corrupção, mas também a ineficiência dos serviços de atendimento às necessidades básicas da população”.

O mercado de planos de saúde teve extraordinário crescimento no final da década de 80, o fator decisivo pelo aumento da comercialização de planos individuais foi a inclusão de grandes seguradoras no ramo da saúde e a adesão de novas classes de trabalhadores, principalmente funcionários públicos, à assistência médica suplementar. (BAHIA, 2001)

“Esse contexto setorial, aliado às pressões políticas decorrentes do processo de redemocratização, criaria o ambiente propício ao desenvolvimento de propostas de reforma do sistema público de saúde, as quais conduziriam à universalização do setor”. (FARIAS; MELAMED, 2003, P. 589)

Segundo Kilsztajn, Camara, Carmo (2002) na década de 90, a criação do SUS veio paralela à nova política econômica do país, com cortes no orçamento, a implantação do Programa Nacional de Desestatização, que privatizou dezenas de empresas públicas, e o neoliberalismo de abertura às importações, trazendo as modernizações industriais e tecnológicas. O novo

conceito de assistência médica no Brasil pretendia ampliar a cobertura e propiciar melhorias no atendimento, porém, devido às restrições financeiras contribuiu para a deterioração do sistema público de saúde. Esse panorama favoreceu a segmentação do mercado e a expansão da assistência médica suplementar no Brasil.

Com essa mudança de panorama, as operadoras médicas passaram a oferecer vendas diretas de seus serviços às empresas e aos consumidores individuais. No mercado era possível encontrar quatro tipos de modalidades de operadoras: Cooperativas Médicas, Medicina de Grupo e Seguradoras. Os profissionais da área médica, assim como clínicas, hospitais e laboratórios privados passaram a fazer parte do quadro de prestadores de serviços das operadoras. (FARIAS; MELAMED, 2003)

Além dos planos e seguros de saúde, compete também no mercado de assistência à saúde suplementar a modalidade de autogestão. Em sua grande maioria são administrados por instituições sindicais ou por entidades jurídicas paralelas às empresas empregadoras, como as caixas de assistência, caixas de previdência e entidades fechadas de previdência, integradas por representantes dos trabalhadores e da parte patronal. Outra modalidade encontrada no mercado são os planos de saúde administrados pelas empresas. São planos próprios, de grupos fechados e administrados através de seus departamentos de benefícios ou recursos humanos. (BAHIA, 2001, p. 335)

Segundo Souza; Salvalaio (2010, p.305), “a expansão dos planos de saúde no Brasil deveu-se à acentuada insatisfação da classe média com a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS nos atributos conforto, presteza e atendimento personalizado, entre outros”.

Para Farias (2001, p. 407), “o momento de contato do cliente/usuário com o profissional médico constitui uma experiência fundamental na formação do juízo que o sujeito elabora sobre a qualidade do atendimento que lhe é ofertado por um dado sistema de saúde ou pelas unidades que o integram. Do médico espera-se não apenas prescrição eficaz, mas, também, um tipo de interação humanizada e personalizada, na qual o paciente se sinta alvo de dedicação pelo profissional”.

Segundo Farias (2001, p. 408), “a cordialidade do médico, as demonstrações de interesse pela singularidade de cada caso, a disponibilidade de tempo para examinar, dar explicações e ouvir o paciente compõem um conjunto de requisitos que informam – junto com a eficácia da intervenção, observada a posteriori – a avaliação que o paciente elabora sobre a qualidade do atendimento. O cumprimento desses requisitos não objetiva apenas suprir as necessidades emocionais ou afetivas dos pacientes; antes, essa exigência integra um cálculo racional,

coerente com a representação das condições ideais ao pleno exercício da competência tecnocientífica dos médicos”.

Farias (2001, p. 408) ressalta ainda que: "quanto maior a distância cultural e econômica que separa o médico do seu paciente, maior é a relevância que o contato interpessoal assume na avaliação que o paciente realiza sobre a qualidade da intervenção a que se está expondo”.

A assistência à saúde brasileira carece de humanização e são comuns as denúncias de maus tratos de que são vítimas os usuários dos serviços de saúde. Segundo Hoga (2004, p. 14), “a mídia denuncia aspectos negativos dos atendimentos prestados à população e as publicações científicas comprovam a veracidade de muitos destes fatos”.

Para muitos profissionais da área de saúde o cuidar se apresenta como um processo de uma única via, acreditam que não há retorno pela atenção dispensada e por toda a energia desprendida. Para Hoga (2004, p. 18), “este imaginário está equivocado, pois o processo de cuidar, no sentido da relação entre dois seres humanos, constitui-se de duas vias – o de um ser humano dotado de preparo técnico-científico e humanístico e disponível para o cuidado efetivo e de outro ser que está necessitando de ajuda de um profissional, que é dotado de tais atributos”.

Hoga (2004) complementa que, para tanto é imprescindível que o profissional seja capaz de compreender e atender as necessidades dos pacientes, exercendo as suas atividades de corpo e alma, “pois isso certamente contribuirá para a humanização da assistência”.

Atualmente, a saúde suplementar no Brasil, conforme Portela et al. (2010, p.399), “interage com um conjunto numericamente importante de hospitais privados que, simultaneamente, prestam serviços às operadoras de planos de saúde e ao Sistema Único de Saúde (SUS)”.

2. O Sistema de Saúde dos Estados Unidos e União Européia

A saúde é um mercado com constantes mutações, desde o início de 2000, estão ocorrendo processos de incorporações ou aquisições de hospitais, construção ou ampliação de ambulatorios, novos planos de saúde, criação de serviços de reabilitação e a integração total ou parcial de serviços de assistência médica realizados por terceiros. (VELOSO; MALIK, 2010)

Segundo Tanaka; Melo (2002, p. 11), “a crise dos sistemas de saúde é uma situação reconhecida e vivenciada em todo o mundo, inclusive no Brasil. A experiência internacional

tem tentado demonstrar que a ineficiência no desempenho dos sistemas de saúde é dada quase que exclusivamente pela irracionalidade econômica e gerencial. Esquece, portanto, o componente político no processo de decisão e implementação das políticas públicas. Por conseguinte, os países têm conduzido as modificações dos sistemas nacionais de saúde através da introdução, na gestão pública, de mecanismos de “privatização”.

Segundo Porter; Teisberg (2006, p. 31), “o sistema de saúde dos Estados Unidos da América (EUA) está num curso perigoso, com uma combinação tóxica de altos custos, qualidade inconstante, erros frequentes e acesso limitado à assistência”.

Porter; Teisberg m(2006, p.31) complementam que o custo da assistência à saúde per capita nos EUA ultrapassa o da maioria dos outros países desenvolvidos, continua se elevando em índices comparáveis e que embora altos, o atendimento médico não teve mais acesso se compararmos com outros países.

“O acesso à assistência primária, em vez de apenas a tratamento de emergência é essencial para proporcionar um atendimento de boa qualidade”. (PORTER; TEISBERG, 2006, P.31)

Conforme Porter; Teisberg (2006, p. 32), “os altos gastos do sistema de saúde dos EUA não resultam para os americanos em maior expectativa de vida do que a dos cidadãos de outros países desenvolvidos, nem em mais anos de boa saúde. Além disso, num estudo de indicadores de saúde envolvendo 13 países, os EUA ficaram em 12º lugar e obtiveram a pior classificação em anos de vida perdidos com doenças evitáveis antes dos 70 anos. Entretanto, os sistemas de saúde fora dos Estados Unidos também estão enfrentando sérios problemas de qualidade e de custo”.

Um dos sinais de falência do sistema de saúde dos EUA segundo Porter; Teisberg (2006) são as doenças com as quais os americanos mais gastam dinheiro, pois não coincidem com as classificadas como as que causam mais prejuízos à qualidade de vida.

Um extenso estudo do Institute of Medicine (IOM) sobre a qualidade de assistência à saúde, segundo Porter; Teisberg (2006, p.32), “apontou que não há uma lacuna, mas um abismo, entre a qualidade de atendimento que os americanos deveriam receber e a qualidade do atendimento que a maioria de fato recebe. O IOM descobriu que tratamento em demasia, tratamento insuficiente e erros médicos são assustadoramente comuns na medicina americana”.

Os hospitais, clínicas e médicos são os atores centrais do sistema de saúde e responsáveis pela maior parte do valor entregue aos pacientes. Os demais envolvidos na assistência à saúde, isto é, os planos e seguros de saúde, fornecedores, governo ou o próprio paciente,

podem aumentar ou diminuir esse valor, com os papéis que desempenham e as escolhas que fazem. No entanto, para Porter; Teisberg (2006, p. 139) “é a forma como a medicina é praticada e a maneira como os pacientes são tratados que determinarão o sucesso ou o fracasso do sistema de saúde”.

Conforme Porter; Teisberg (2006, p.275), “a falha fundamental na política americana de assistência à saúde é a falta de foco no valor ao paciente. Não tem havido reformas gerais que conduzam a uma nova estrutura. Ao contrário, as políticas são fragmentadas, reativas e incrementais. E são repletas de consequências não premeditadas”.

Segundo Porter; Teisberg (2006, p. 315), o sistema de saúde praticado nos EUA envolve muito mais competição dos que os sistemas de outros países. Os países avançados “se beneficiam de amplo acesso à assistência primária, o que é inerentemente eficiente porque nutre a prevenção, a detecção precoce e a prestação de tratamentos de rotina em instalações de menor custo”.

Contudo, complementa Porter; Teisberg (2006, p. 315), “uma parte dessa redução de custos dos sistemas estrangeiros se deve à limitação e racionamento de serviços”.

Porter; Teisberg (2006, p. 321) conclui que, “o sistema de saúde está em rota de colisão com as necessidades dos pacientes e com a realidade econômica. Sem mudanças significativas, os problemas vão aumentar. Custos em alta, crescente evidência de problemas de qualidade e um número cada vez maior de americanos sem seguro: uma realidade inaceitável e insustentável”.

Segundo Gerschman (2008, p. 1442), na União Europeia (EU), “a cobertura de saúde é pública e universal como parte de um amplo sistema de proteção social”. Os sistemas de seguridade social na EU consistem da necessidade de reconstrução econômica e social pós Segunda Guerra. Seus princípios básicos são: cidadania social e o desenvolvimento econômico nacional.

Apesar das mudanças que ocorreram na década de 1970, “principalmente na Inglaterra com o governo Thatcher”, a saúde pública europeia, conforme Gerschman (2008, p. 1442), continuou inalterada até então.

A política de financiamento na EU se divide em duas modalidades, segundo Gerschman (2008), financiamento mínimo com regulação focada na solvência das operadoras e controle de preços e produtos com regulação severa para o mercado.

Para Gerschman (2008, p. 1444), “a presença de cobertura universal para um amplo espectro de serviços de cuidados de saúde, seja pela via dos sistemas públicos, seja pelos

seguros privados para uma parte da população, expressa a acomodação dos sistemas de saúde às restrições impostas à seguridade social pelas economias globalizadas”.

Segundo Veras et al. (2008, p.498), “diante da situação em que se encontra a saúde no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) questiona: como manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento; como fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos; como manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento. A OMS define que o eixo principal da atenção ao idoso não pode ser simplificado pelo mero assistencialismo. Os países precisam desenvolver políticas amplas e Inter setoriais que procurem assegurar o envelhecimento saudável”.

3. Regulação da Assistência à Saúde Suplementar

Conforme Rehen (1999), sem a regulação da assistência à saúde suplementar, o contratante se sujeitava às imposições das empresas, cada plano e seguro de saúde tratavam à questão conforme seus interesses. O fim da obscuridade da abrangência de cobertura do plano quanto ao atendimento ambulatorial ou hospitalar, a definição na questão da cobrança por faixa etária entre outros procedimentos que os planos e seguros de saúde são obrigados a cumprir veio com a sua regulação.

A regulação na assistência à saúde suplementar veio com a criação da Lei nº 9.656/98 possibilitando: a ampliação de cobertura assistencial, o registro das operadoras, a necessidade de comprovar a solvência e demais pautas. (MALTA et al., 2004)

Com a sanção da lei “os planos de saúde e de seguro saúde deverão se adaptar às resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e do Conselho Nacional de Segurança Privada (CNSP), inclusive no tocante à faixa etária dos segurados”. (REHEN, 1999)

Para Albuquerque et al. (2008, p. 1423), com a regulação da assistência à saúde suplementar, as grandes mudanças só aconteceram para os chamados “Planos Novos”, planos registrados a partir de janeiro de 1999, “não garantido os mesmos direitos aos beneficiários de planos anteriores a essa data (planos antigos)”.

A regulação vem provocando avanços nas operadoras de saúde, fortalecendo os aspectos técnico-assistenciais e estimulando a concorrência. (LEAL; MATOS, 2009)

A adesão ao sistema de saúde suplementar cresceu tanto que em 1999 o Ministério da

Saúde priorizou o levantamento do número exato de brasileiros que possuíam planos ou seguros de saúde. “Estimativas da época indicavam que $\frac{1}{4}$ da nossa população eram usuários desses serviços – entre nove e dez milhões estariam filiados a planos individuais e outros 30 milhões a planos empresariais”. (FARIAS; MELAMED, 2003)

Segundo Bahia (2001, p. 333): “Estima-se que o mercado de planos de saúde compreenda cerca de 32 milhões de clientes, isto exclui os clientes de esquemas particulares administrados diretamente pelas instituições públicas como os institutos de previdência estaduais e municipais e pelas forças armadas”.

Em 2000, o Ministério da Saúde criou com a Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para atuar junto às operadoras de plano de saúde, fazendo cumprir o que a Lei nº 9.656 determina.

A regulação da Lei nº 9.961, segundo Santos, Malta, Merhy (2008), determinou “a obrigatoriedade do atendimento a todas as doenças da CID 10 (Classificação Internacional das Doenças), e a edição de um rol mínimo de procedimentos”. Sem dúvida foi a maior alteração quanto à regulação assistencial.

Segundo Malta et al. (2004), a ANS atua em três frentes: a capacidade financeira da operadora em honrar a prestação de serviço na assistência à saúde; fiscaliza os contratos e a relação do consumo e os produtos tanto na composição de cobertura quanto no preço.

As operadoras de planos de saúde desenvolveram mecanismos micro regulatórios para fugir à regulação da ANS, é chamado de instituição de protocolos. Sua função é dificultar a solicitação de certos procedimentos e impor a coparticipação, etc. “Assim, as operadoras trabalham, não com a produção da saúde, mas com a ideia de “evento/sinistralidade”. Saúde torna-se para o mercado um produto e não um bem”. (MALTA et al., 2004, p.437)

Segundo Zilber; Lazarini (2008, p.133), “o setor de planos de saúde é caracterizado por uma concorrência acirrada entre empresas de medicina de grupo, empresas de seguro saúde e as cooperativas médicas”.

Zilber; Lazarini (2008, p. 133) complementam que, “conforme dados da ANS, em maio de 2004 estavam registradas como operadoras neste segmento 1.159 empresas”.

Conforme a UNIDAS (2005, p. 83): “Todo o mercado de saúde suplementar passou por um momento de transição importante, face aos dispositivos da Lei 9.656/98, suas constantes alterações e às posições adotadas pela ANS. Diante das dificuldades de consenso sobre os índices de reajuste de preços dos planos individuais e as incertezas relativas à migração dos planos firmados antes de 1998, as operadora de planos de saúde praticamente deixaram de

oferecer planos individuais, centrando suas atividades nos planos empresariais. Como consequência, o mercado acabou de certo modo restrito aos planos empresariais, aumentando a concorrência com a autogestão, que só praticamente atua nesse segmento”.

Os planos coletivos cresceram mais do que os individuais, passando de 35,6% em 2000 para 72% em 2006, enquanto a evolução dos planos individuais foi de 16% em 2000 para 20,7% em 2006. Segundo Santos, Malta, Merhy (2008, p. 1469) esse crescimento ocorre devido à: “Precificação excessiva dos planos individuais novos por parte das empresas sob o discurso do “risco regulatório” (não interrupção unilateral do contrato, limitação do reajuste por mudança de faixa etária e controle do reajuste anual) e com o crescimento dos coletivos por adesão, onde o risco individual fica diluído numa “massa” maior de indivíduos”.

Outro fator para o crescimento dos planos coletivos, segundo Albuquerque et al. (2008, p. 1424), está na regulamentação, que diferencia os reajustes das mensalidades entre os planos coletivos e individuais. Enquanto os planos individuais são obrigados a se submeterem ao índice definido pela ANS, os planos coletivos gozam de permissão para livre negociação entre as partes, bastando informar a ANS o resultado. “Esta diferença na legislação presume o poder de negociação que empresas, associações e sindicatos (pessoas jurídicas) teriam na contratação de planos, em função do número de beneficiários vinculados”.

Segundo Costa (2008) a baixa regulação do mercado dos planos de saúde, até o fim da década de 1990, em relação aos incentivos fiscais e a ausência de barreiras de entrada e saída para novas operadoras, favoreceu a atividade econômica do setor, proporcionando a ampliação do quadro de clientes e a abertura de operadoras de diferentes portes, que fazem a intermediação do acesso à assistência à saúde suplementar em todo território brasileiro.

Segundo Costa (2008, p. 1461), “o desenvolvimento do regime regulatório modifica substancialmente as condições de concorrência do mercado pela criação de novas condições de entrada, permanência e saída”.

No entanto com os custos da saúde em constante elevação e o aumento na utilização dos serviços por conta do envelhecimento da população está propiciando ao crescimento de operadoras de planos de saúde com dificuldades financeiras, essa tendência está elevando o número de casos de insolvência. (GUIMARÃES; ALVES, 2009)

Para Kaplan; Porter (2011, p. 22), além do envelhecimento da população, o surgimento de novos tratamentos contribuem com o aumento do gasto na saúde. Outro fator são as companhias de seguros e governos pagarem por procedimentos realizados e não por

resultados obtidos; “já o doente assume pouca responsabilidade pelo custo dos serviços de saúde que requer”.

Segundo Guimarães; Alves (2009, p. 460), “em entrevista à *Gazeta Mercantil* de 21 de janeiro de 2005, Fausto Pereira dos Santos, presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão responsável pela regulação do mercado brasileiro de planos de saúde, afirmou que cerca de 300 operadoras de planos de saúde enfrentam dificuldades financeiras significativas. Esse cenário, de certa forma, passou a ficar mais evidente após a efetiva regulação do setor, depois da Lei nº 9.656/98; entretanto, não é tão diferente da situação vivenciada por outros sistemas privados de saúde no mundo”.

É preciso estar atento para os impactos econômicos e sociais que poderá atingir as famílias atendidas por operadoras insolventes ou à beira da insolvência. (GUIMARÃES; ALVES, 2009)

Mas, para Kaplan; Porter (2011, p. 22) a fonte fundamental para escalada dos custos é o sistema como os custos são medidos. Não se tem conhecimento do real custo da prestação da assistência ao paciente, muito menos entre esses custos e os resultados obtidos. O foco deveria ser no custo de cuidar um enfermo com uma determinada patologia clínica em determinado período de assistência. Em vez disso “os prestadores agregam e analisam custos no âmbito de especialidades ou de departamento de serviços”.

Para Kaplan; Porter (2011, p. 23), “a solução para a crise de custos na saúde não requer grandes saltos na ciência médica ou a imposição de mais regras pelo poder público. Requer, simplesmente, uma nova forma de medir corretamente os custos e de compará-los com resultados”.

“Práticas precisas de cálculo de custo e valor na prestação de serviços médicos podem ter um impacto transformador”. (KAPLAN; PORTER, 2011, p. 23)

4. Qualidade, Acreditação e Certificação

Segundo Bittar (1999, p.357), “qualidade é o grau no qual os serviços prestados ao paciente aumentam a probabilidade de resultados favoráveis que, em consequência, reduzem os desfavoráveis dado o presente estado da arte”.

Para Paim; Ciconelli (2007, p.87), “qualidade é a totalidade de aspectos e características de um produto ou serviço que proporcionam a satisfação de necessidades declaradas e implícitas”.

Para Silva Junior et al. (2008), a ANS ao criar uma política de qualificação para o setor privado de saúde em 2004, instituiu um novo marco no processo de macro regulação, reconhecendo o campo da saúde suplementar como o local de produção da saúde e induziu a transformação dos prestadores de serviços da saúde, das operadoras de planos e seguros de saúde, dos beneficiários e do próprio órgão regulador.

Conforme Paim; Ciconelli (2007, p.87), “o conceito de qualidade, foi primeiramente associado à definição de conformidade às especificações. Posteriormente o conceito evoluiu para a visão de Satisfação do Cliente”.

A ANS, em 2005, implantou o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS), com a proposta de avaliar a saúde suplementar como produção de saúde, segundo Escrivão Junior; Koyama (2007, p.904) “transformando operadoras de planos em gestores de saúde, prestadores de serviços em produtores do cuidado aos beneficiários”.

Bittar (2009, p. 357) afirma que: “Toda prestação de serviço em saúde tem dois componentes de qualidade: operacional, que é o processo propriamente dito, e outro de percepção, ou como os clientes percebem o tipo de serviço oferecido, e os prestadores se sentem na oferta que fazem”.

Segundo a ANS, o PQSS, atualmente denominado Programa de Qualificação de Operadoras, monitora anualmente a qualidade e o aspecto econômico-financeiro das operadoras de planos privados de saúde e tem como diretriz avaliar as operadoras de saúde por meio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado a partir de indicadores definidos pela ANS.

Segundo Paim; Ciconelli (2007, p. 88), “a qualidade deixou de ser um pré-requisito opcional, mas é um requisito obrigatório de sobrevivência em um mercado cada vez mais competitivo”.

Conforme a ANS, os indicadores estão divididos em quatro dimensões, possuindo peso diferenciado para a formação da pontuação final da operadora, o IDSS varia de 0 a 1, assim distribuídos: Índice de Desempenho da Atenção à Saúde com 50%, Índice de Desempenho Econômico-financeiro com 30%, Índice de Desempenho de Estrutura e Operação e Índice de Desempenho da Satisfação dos Beneficiários com 10% cada.

Segundo a ANS, apenas as operadoras com o registro ativo são avaliadas e a classificação final varia numa tabela de faixas de notas que oscilam entre 0,00 a 0,19 e 0,80 a 1,00, onde esta última faixa indica o melhor desempenho.

Segundo Escrivão Junior; Koyama (2007), “a operadora compartilha com o prestador a responsabilidade de garantir a qualidade da assistência prestada ao beneficiário, em que a operadora atua como a demandadora da qualidade técnica que o beneficiário não tem condições de exigir do prestador”.

Além do programa da ANS, há o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Segundo o CBA: “Acreditação é um processo de avaliação externa, de caráter voluntário, através do qual uma organização, em geral não governamental, avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de padrões concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente”.

Conforme Paim; Ciconelli (2007), a prestadora de serviço de saúde interessada em obter o selo de acreditação é a responsável direta pela solicitação da avaliação a uma das Instituições Acreditoras Credenciadas.

Segundo a CBA, no Brasil, a acreditação internacional é feita pela Joint Commission International (JCI), reconhecida mundialmente como a mais importante credencial internacional para hospitais.

O selo de acreditação possui três níveis de atenção: Nível 1 – segurança em relação à estrutura física, os requisitos são baseados nas leis da Vigilância Sanitária e Ministério da Saúde; Nível 2 – organização dos processos, isto é as rotinas e os registros, os níveis 1 e 2 são válidos por dois anos e Nível 3 – práticas de excelência, baseada em indicadores econômicos, de desempenho e qualidade e a satisfação do cliente, válido por três anos. Vencido este período, a operadora deverá solicitar um novo diagnóstico ou reavaliação para a renovação do selo. Segundo Paim; Ciconelli (2007, p. 89), “para que a instituição receba o selo de Acreditação nível 2 é necessário que ela cumpra as normas do nível 1 e assim vale para o nível 3, sendo necessário o cumprimento de todos os requisitos dos níveis 1 e 2”.

Até 2007, 89 prestadoras de serviços de saúde já haviam sido certificadas sendo: 63 hospitais, 13 laboratórios clínicos, 4 serviços de hemoterapia, 6 serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva, 2 serviços ambulatoriais, terapêuticos e/ou pronto atendimento e 1 serviço de assistência domiciliar. (PAIM; CICONELLI, 2007)

Em 1950 surgiu a Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH), segundo Fortes; Baptista (2011, p.627), “organização americana não governamental, sem fins

lucrativos, voltada inicialmente à acreditação voluntária em hospitais. Com o desenvolvimento da atividade, as certificações começaram a ser utilizadas nas decisões do governo para reembolso de programas voltados à saúde, integrando-se ao sistema público americano. Em 1988, a JCAH constituiu-se como Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), expressando sua atuação em outros ambientes de saúde. Após 9 anos, a Joint Commission International (JCI) foi criada para ofertar a acreditação no âmbito internacional”.

Segundo a JCI, seus padrões são aplicáveis em: hospitais públicos e privados, hospitais de cuidados médicos e psiquiátricos e clínicas relacionadas à pacientes externos.

Conforme a JCI, os padrões de acreditação avaliam a qualidade e segurança do paciente em todas as funções clínicas e gerenciais de hospitais de cuidados agudos, organizações de cuidados primários individuais e para agências de saúde pública localizadas em regiões rurais e urbanas; cuidados ambulatoriais e para um conjunto de ambientes de cuidados de saúde baseados na comunidade.

As certificações de qualidade, segundo a CBA, são reconhecimentos feitos por entidades, governamentais ou não, de que a instituição de saúde acreditada cumpriu certos padrões pré-determinados, possibilitando que a entidade de saúde use a seu favor o selo de certificação internacional.

“O *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) é uma organização americana privada, sem fins lucrativos, fundada em 1990, que tem como missão a melhoria da qualidade do cuidado de saúde”. (SILVA JUNIOR et al., 2008, p. 1492)

Conforme Silva Junior et al. (2008, p.1493): “O NCQA produz e divulga informações sobre planos de saúde para subsidiar o consumidor e o empregador em suas escolhas. As informações são geradas a partir de padrões de qualidade e medidas de desempenho também auxiliares aos diversos atores ligados ao sistema de saúde na identificação de oportunidades de melhoria e realização de mudanças para aperfeiçoamento da qualidade do cuidado oferecido ao paciente. O certificado de acreditação do NCQA, obtido de forma voluntária pelas empresas, é reconhecido por mais de trinta estados americanos, pelo Governo Federal e pelo programa *Medicare* e dispensa os planos acreditados de diversas auditorias estaduais e federais”.

5. Método

Este trabalho consistiu em uma reflexão bibliográfica dos temas Saúde no Brasil, nos Estados Unidos da América e União Européia, a Regulação da Assistência à Saúde e Qualidade, Acreditação e Certificação, utilizando como base o SCOPUS e ISI Web of Knowledge.

Este trabalho consistiu na revisão crítica de documentos oficiais, publicações científicas, livros e sítios eletrônicos das instituições. Os materiais selecionados foram lidos e analisados detalhadamente, buscando recortar os termos inerentes aos temas do trabalho.

6. Conclusão

A carência do serviço de saúde no Brasil é um problema que se arrasta há décadas, sem perspectivas de melhoras. A necessidade de se ter um atendimento médico de boa qualidade e sem longas filas de espera contribui para a procura de uma alternativa aos cuidados médicos.

No entanto, a administração de serviço de saúde suplementar é altamente complexa e dispendiosa, exigindo conhecimento de mercado e da sua legislação.

Com a regulação da assistência à saúde suplementar veio a padronização dos tipos de cobertura aplicada pelos planos de saúde, facilitando a fiscalização pelos órgãos competentes e proporcionando aos beneficiários a confiança necessária para a aquisição dos serviços prestados pelas operadoras.

Na busca da melhoria nos serviços de saúde em todo mundo, a implantação de programas de qualificação de operadoras, assim como as certificações e acreditações, proporcionam uma maior credibilidade e satisfação dos beneficiários.

Esses programas garantem uma evolução permanente na qualidade dos serviços de saúde em termos de eficiência e eficácia, não só para os beneficiários, mas também para a excelência organizacional da operadora de saúde, promovendo diferencial estratégico perante o mercado.

Conforme Paim; Ciconelli (2007, p. 91): “O sucesso de qualquer organização depende diretamente da sua capacidade em mobilizar e organizar os meios e os recursos necessários que satisfaçam as exigências, as necessidades e as expectativas, em um processo mútuo de crescimento, resultando em qualidade e otimização dos serviços proporcionados pelos prestadores”.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 jun. 1998. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em: 08 jan. 2012.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm. Acesso em: 08 jan. 2012.

ALBUQUERQUE, Ceres; et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, setembro/outubro 2008.

BAHIA, Lígia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

_____, et al. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 671-686, 2002.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 2010.

BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 357-363, 1999.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). Definição de acreditação. Disponível em; <http://www.cbacred.org.br/site/acreditacao-internacional/>. Acesso em: 07 mar. 2012.

COSTA, Nilson do Rosário. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1453-1462, setembro/outubro 2008.

ESCRIVÃO JUNIOR, Álvaro; KOYAMA, Marcos Fumio. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 903-914, julho/agosto 2007.

FARIAS, Luís Otávio. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 405-416, 2001.

_____; MELAMED, Clarice. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 585-598, 2003.

FORTES, Maria Thereza Ribeiro; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Acreditação: ferramenta ou política para organização dos sistemas de saúde? **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 626-631, 2012.

GERSCHMAN, Silvia. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde União Europeia e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1441-1451, setembro/outubro 2008.

GUIMARÃES, André Luiz de Souza; ALVES, Washington Oliveira. Prevendo a insolvência de operadoras de planos de saúde. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 49, n.4, p. 459-471, outubro/dezembro 2009.

HOGA, Luiza Akiko Komura. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 13-20, março 2004.

KAPLAN, Robert S.; PORTER, Michael E. Como resolver a crise de custos na saúde. **Harvard Business Review**, p. 20-36, setembro 2011.

KILSZTAJN, Samuel; CAMARA, Marcelo Bozzini da; CARMO, Manuela Santos Nunes do. Gasto privado com saúde por classes de renda. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 258-62, julho/setembro 2002.

LEAL, Rodrigo M.; MATOS, João Boaventura B. de. Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 447-458, outubro/dezembro 2009.

MALTA, Deborah Carvalho, et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, abril/junho 2004.

PAIM, Chennyfer da Rosa Paino; CICONELLI, Rozana Mesquita. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **RAS - Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 36, p. 85-92, julho/setembro 2007.

PORTELA, Margareth Crisóstomo, et al. Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 399-408, fevereiro 2010.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. São Paulo: Editora Bookman, 2007.

REHEM, Renilson. Planos de saúde: questões e soluções. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 105-108, janeiro/abril 1999.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A regulação na saúde suplementar uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1463-1475, setembro/outubro 2008.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da, et al. Experiências de avaliação do setor suplementar de

saúde: contribuições da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1489-1500, 2008.

SOUZA, Marcos Antônio de; SALVALAIO, Dalva. Rede própria ou rede credenciada análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de plano de saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 28, n. 4, p. 305-310, outubro 2010.

TANAKA, Oswaldo Y.; MELO, Cristina. **Inovação e gestão - A organização social no setor de saúde**. São Paulo: Editora Annablume, 2002.

VELOSO, Germany Gonçalves; MALIK, Ana Maria. Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. **RAE-ELETRÔNICA - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 9, n. 1, janeiro/junho 2010.

VERAS, Renato Peixoto, et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 497-502, abril 2008.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE – UNIDAS. **Autogestão em Saúde no Brasil - 1980-2005: História da Organização e consolidação do setor**. São Paulo, 2005. 94 p.

ZILBER, Moisés Ari; LAZARINI, Luiz Carlos. Estratégias competitivas na área da saúde no Brasil: um estudo exploratório. **RAC – Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 12, n. 1, p. 131-154, janeiro/março 2008.