



## **Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde: a busca por uma assistência médica de qualidade.**

**Luciana Gonçalves**  
(LATEC/UFF)

*Resumo: Este artigo tem o objetivo de apresentar o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde como ferramenta capaz de melhorar a qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos de saúde incentivando a necessidade de avaliação contínua como medida estratégica para a almejada correção das imperfeições do mercado de saúde suplementar, a diminuição da assimetria de informação e uma maior qualidade na assistência médica prestada. O processo voluntário de acreditação evidencia o compromisso da operadora com o bom andamento de seus serviços e os usuários da assistência de saúde suplementar do Brasil passarão a ter critérios objetivos e confiáveis para identificar planos com qualidade. Como estratégia desta pesquisa serão utilizados os critérios estabelecidos pela ANS na resolução normativa n° 277, informações baseadas no Manual para Avaliação de Operadoras de Planos de Saúde e citações e entrevistas do tema publicado na mídia nacional apresentando como estudo de caso, a primeira operadora de saúde do país acreditada conforme os padrões da ANS.*

*Palavras-chaves: : Acreditação, operadoras de planos de saúde, qualidade, saúde suplementar.*

## 1. INTRODUÇÃO

A crescente competitividade no mercado de saúde suplementar faz com que as empresas do setor que desejam obter destaque neste mercado estejam sempre liderando processos de mudança e buscando diferenciação para conquistar a preferência e a confiança de seus clientes. O investimento em certificações e programas voltados aos beneficiários que visam a menor utilização do seguro e, por consequência, a redução de custos e a melhoria dos processos são ações que as empresas prestadoras de serviços buscam com mais frequência. O certificado de acreditação é uma medida de diferenciação e para a conquista deste, é necessária a adequação aos padrões determinados pelas organizações acreditadoras.

Há aproximadamente 13 anos, um órgão regulamentador - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - foi criado para normatizar e controlar a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras de saúde suplementar. Desde a sua criação, a ANS vem implementando uma série de programas e normas que visam à melhoria dos serviços prestados pelas operadoras de saúde suplementar e em novembro de 2011 editou a Resolução Normativa – NR nº 277 que institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, com o objetivo de incentivar a melhoria continuada na qualidade assistencial da saúde suplementar.

Neste cenário, as operadoras de planos de saúde passam a ter como desafio a diferenciação de serviços prestados, buscando elevar seus padrões de qualidade, e a acreditação surge como uma metodologia capaz de garantir este diferencial. A utilização desta metodologia demonstra que as operadoras de planos de saúde encaram o desafio e buscam atender aos padrões nacionais e internacionais de qualidade. Consequentemente passam a ter grande vantagem neste mercado tão concorrido.

O objetivo deste artigo é traçar um panorama da situação atual da acreditação de operadoras de planos privados de assistência à saúde com base no programa de acreditação instituído pela ANS apresentando seus critérios e analisando oportunidades de melhoria que resultam em processos menos custosos e consequentemente geram retorno financeiro.

Como estratégia desta pesquisa serão utilizados os critérios estabelecidos pela ANS na RN nº 277, informações baseadas no Manual para Avaliação de Operadoras de Planos de Saúde e citações e entrevistas do tema publicado na mídia nacional apresentando como estudo de caso, a primeira operadora de saúde do país acreditada conforme os padrões da ANS.

## 2 - Revisão de Literatura

### 2.1 - O Mercado de Saúde Suplementar

O mercado das operadoras de saúde englobam as empresas que operam os planos particulares de assistência à saúde e seus principais produtos são os planos em grupos familiares, individuais ou os corporativos (empresariais), que englobam serviços médico-hospitalares e odontológicos. As operadoras de saúde disponibilizam à população, uma importante alternativa de acesso aos serviços médicos no Brasil, que são os planos de saúde.

Podemos definir os planos de saúde e as operadoras de saúde da seguinte forma:

*I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.*

*II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo.<sup>1</sup>*

#### 2.1.1 - O perfil do setor

No Brasil existem atualmente 1.338 operadoras de saúde exercendo atividade com beneficiários, sendo que deste total 973 operadoras são para atendimento médico e hospitalares e 365 operadoras apenas para serviços odontológicos.

---

<sup>1</sup> Fonte: Casa Civil ([http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9656compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm))

**Operadoras em atividade com beneficiários (Brasil – 2003-2012)**

Ano	Operadoras médico-hospitalares	Operadoras exclusivamente odontológicas	Operadoras com registro ativo com beneficiários
Dez/2003	1.345	469	1.814
Dez/2004	1.302	449	1.751
Dez/2005	1.242	415	1.657
Dez/2006	1.197	413	1.610
Dez/2007	1.168	407	1.575
Dez/2008	1.119	403	1.522
Dez/2009	1.088	391	1.479
Dez/2010	1.044	367	1.411
Dez/2011	1.005	364	1.369
Set/2012	973	365	1.338

Fonte: Cadastro de Operadoras/ANS/MS – 09/2012 e Sistema de Informações de Beneficiários – ANS/MS – 09/2012

**Figura 1 – Operadoras com beneficiários. Fonte: Cadastro de Operadoras e Sistema de Informações de Beneficiários ANS / MS 09/2012.**

No país existe um grande número de operadoras com registro ativo com beneficiários, o que retrata a ausência de monopólios locais e nacional, sendo assim, os obstáculos à entrada de novos competidores neste mercado são considerados relativamente baixos. Ainda que seja possível apontar a existência de monopólio local referente à prestação de serviços hospitalares em alguns casos, é possível que haja concorrência entre as operadoras de saúde conveniadas, atuantes na região. Sendo assim, a população dispõe de opções de escolha em um mercado de concorrência tão elevada, conforme podemos analisar no gráfico a seguir.

Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação  
(Brasil - setembro/2012)



Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - ANS/MS - 09/2012 e População - IBGE/2012

**Figura 2 – Taxa de cobertura por UF. Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários ANS / MS 09/2012 e População IBGE 2012.**

De acordo com o site do IBGE, o Brasil apresentou um total de 193.946.886 habitantes no ano de 2012, 3.191.087 a mais do que em 2010, quando a população chegou a 190.755.799.<sup>2</sup>

Nota-se que em setembro de 2012 havia um total de 48.660.705 beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia, o que representa 25% do total da população, e 145.286.181 correspondem às pessoas que utilizam o sistema público representando um percentual de 75% do total da população. A tabela abaixo aponta a evolução dos beneficiários em planos de saúde privados.

<sup>2</sup>Em:<[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=2204&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2204&id_pagina=1)>. Acesso em: 28 de setembro de 2012.



**Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2003-2012)**

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
Dez/2003	32.074.667	4.325.568
Dez/2004	33.840.716	5.312.915
Dez/2005	35.441.349	6.204.404
Dez/2006	37.248.388	7.349.643
Dez/2007	39.282.791	9.138.227
Dez/2008	41.298.505	10.694.382
Dez/2009	42.563.098	12.886.833
Dez/2010	45.801.579	14.589.634
Dez/2011	47.590.080	16.955.603
Set/2012	48.660.705	18.440.037

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 09/2012

**Figura 3 – Beneficiários de planos privados de saúde. Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários ANS / MS 09/2012.**

O crescimento do mercado de saúde suplementar tornou evidentes as falhas características do setor, como a assimetria de informações entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, seleção de riscos e rompimentos arbitrários de contratos por parte das operadoras, dentre outras, gerando a necessidade de intervenção por meio da regulação por parte do Estado para atenuá-las e corrigi-las, bem como atuar no sentido da manutenção da sustentabilidade econômica e social do setor. Para tanto, em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

## 2.2 - A ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as

operadoras setoriais quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.<sup>3</sup>

O marco legal da regulação é formado pelo conjunto da Lei 9.656/98, de 03/06/98 com a MP 2.177-44 (originalmente MP 1.665, de 05/06/98), além da Lei 9.961/00, que criou a ANS e da Lei 10.185/01, que instituiu a figura da seguradora especializada de saúde.<sup>4</sup>

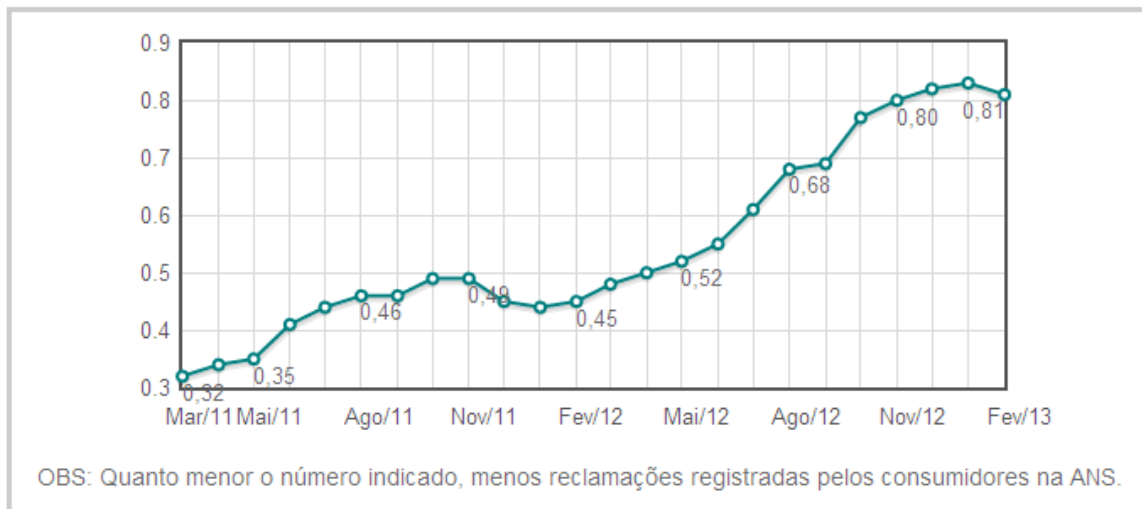
A regulação da Saúde Suplementar, em seu início, tinha forte tendência a zelar pela eficiência econômica do setor e pela defesa dos direitos do consumidor, baseados no Código de Defesa do Consumidor. Apenas num segundo momento é que se percebeu relevante tornar este mercado responsável, de fato, pela melhora nos resultados da saúde dos beneficiários, sem desmerecer e nem abandonar as regulações econômica e a consumerista. Como exemplo dessa mudança de visão da ANS além do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde a ANS resolveu acompanhar as operadoras ativas através de indicadores tendo lançado duas metodologias diferentes de acompanhamento, porém ambas se complementam em sua essência, que são o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) acompanhado anualmente e o Monitoramento Assistencial acompanhado trimestralmente.

O mercado de saúde suplementar apresenta especificidades, expressas pelas relações contratuais estabelecidas entre seus agentes: paciente, operadora e provedor. Os problemas são claramente identificáveis: falhas na cobertura e exclusão de procedimentos, exigências indevidas para admissão de paciente, prazos de carência irregulares, descumprimento de normas de atendimentos de emergência, falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas, erros nas condições de validade e rescisão de contrato, dentre outros. A regulação do segmento de planos e seguros-saúde destina-se, portanto, a corrigir as falhas de mercado e as condições contratuais que afetam consumidores e empresas.

---

<sup>3</sup> Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/aans/quem-somos>. Acesso em: 28 agosto 2012.

<sup>4</sup> Em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/Apres%20Januario%20Forum%20-%20vers%C3%A3o%20impressa.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/Apres%20Januario%20Forum%20-%20vers%C3%A3o%20impressa.pdf). Acesso em 28 agosto 2012.

Evolução do índice médio de reclamações das Operadoras de Grande Porte - Março/2011 -  
Fevereiro/2013

**Figura 4 – Evolução do índice de reclamações operadoras de grande porte. Fonte: Índice de reclamações ANS março 2011 – fevereiro 2013.**

De modo geral, pode-se dizer que a regulação do seguro privado em saúde atende a três objetivos principais (CHOLLETT e LEWIS, 1997): a) manutenção da estabilidade do mercado segurador, o que inclui a definição de padrões de entrada, operação e saída das empresas; b) regulação das relações paciente-seguradora/operadora-provedor, tendo em vista os problemas de assimetria de informação acima mencionados; e c) maximização do bem estar do consumidor, garantindo maior justiça e equidade no acesso aos serviços de assistência médica hospitalar.

E é neste contexto que o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde surge com o objetivo de aumentar a qualidade da prestação dos serviços por meio de critérios de avaliação que possibilitem a identificação e solução de problemas por parte das operadoras com mais consistência, segurança e agilidade.

### 2.3 - Acreditação

A palavra “acreditação” veio do inglês “accreditation”. Esta palavra, tanto no inglês quanto nas línguas latinas, é oriunda do Latim “credere” cujo significado é o mesmo em todas elas: “crer” (GERALDO DA CUNHA, 2001). Entretanto, no português não há registro do uso da forma “acreditação” até o momento, exceto com referência à prática de certificação de qualidade de empresas e serviços. A palavra “acreditação” ainda não foi dicionarizada. Mas encontram-se os adjetivos “acreditado”, “acreditável” e o verbo “acreditar”.



Na língua portuguesa o verbo, “acreditar” tem, entre outras, as seguintes acepções: tornar (-se) digno de estima e confiança; dar ou emprestar a (alguém) autoridade para agir em seu nome; conferir poder ou autoridade a (alguém) para representar país ou instituição perante (país estrangeiro ou outra instituição); credenciar dar fundamentação, confiança a; abonar, autorizar, confirmar (HOUAISS, 2001).

Embora este termo seja utilizado na área da saúde e educação é importante documentar-se o seu significado no âmbito da Metrologia Legal. É o reconhecimento formal por um organismo de acreditação de que um laboratório ou organismo de certificação ou inspeção atendeu aos requisitos previamente definidos e demonstrou ser competente para realizar suas atividades (ensaios, calibrações, certificações ou inspeções), com confiabilidade. Tal reconhecimento está definido na norma internacional ISO/IEC FDIS 17011: *‘É o reconhecimento de terceira parte que um organismo de alta avaliação da conformidade atende requisitos especificados e é competente para desenvolver tarefas específicas de avaliação de conformidade’*.

Essa atividade no Brasil é regulamentada pelo Decreto nº. 4360 de 21 de março de 2003 e é executada pela Coordenação Geral de Credenciamento do INMETRO/ CGCRE.<sup>5</sup>

### 2.3.1 - Histórico

Desde o século passado programas de melhoria da qualidade em Instituições de Saúde foram desenvolvidos nos Estados Unidos. Esses programas tinham como objetivo garantir a excelência dos serviços prestados nas organizações de saúde e, conseqüentemente, a satisfação dos clientes/pacientes.

Com o passar do tempo, esses programas foram se aprimorando e, há aproximadamente 60 anos, o Colégio Americano de Cirurgiões, a Associação Americana de Clínicos, a Associação Médica Americana, a Associação Americana de Hospitais e a Associação Médica Canadense se uniram e criaram o *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), que tinha por objetivo gerar a certificação da acreditação nos hospitais dos Estados Unidos.

---

<sup>5</sup> Disponível em: <http://www.qualityteste.com.br/resenhas/AcreditacaoCertificacaoQualidade.pdf>. Acesso em 24 de novembro de 2012.

Três anos após a sua criação, no ano de 1953, foi desenvolvido o primeiro Manual de Padrões para Acreditação Hospitalar e a partir desta data começaram a divulgação e as ofertas para que os hospitais americanos buscassem a certificação de acreditação.

Em 1959, o Canadá se desvincula da JCAH e cria a sua própria agência acreditadora. Com o passar dos tempos, muitas mudanças ocorreram e o JCAH foi se aperfeiçoando, até que, no ano de 1987, o JCAH passa a se chamar *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO) e o programa passava a atender diversos segmentos de serviços de saúde além dos Hospitais.

Atualmente, a acreditação é reconhecida mundialmente. No Brasil, este programa de avaliação da qualidade nos serviços prestados nos hospitais existe desde o ano de 1986 (CBA, 2011), porém somente em dezembro de 1999 que o Brasil obteve sua primeira instituição acreditada, o hospital Israelita Albert Einstein. Com o passar dos anos, a busca pela qualidade nas organizações de saúde brasileiras foi aumentando principalmente a partir da década de 1990, onde diversas organizações (Organizações Panamericana de Saúde, Federação Latina Americana de Hospitais e Ministério da Saúde) se uniram com o objetivo de padronizar a certificação na América Latina (MARTINS, 2011).

Conforme a revista *Melhores Práticas* (2011), de um total de 6.500 hospitais públicos e privados no Brasil, 250 dessas instituições escolheram uma organização acreditadora para serem avaliadas e receberem, assim, o referido certificado. As avaliações tem como pontos relevantes a excelência no atendimento aos clientes, nos diagnósticos, na equipe técnica, e a excelência na gestão daquela instituição. Após o período de avaliações, as instituições receberão o selo daquele órgão acreditador no qual escolheu para ser avaliado. No Brasil são quatro selos: Organização Nacional de Acreditação (ONA), a *Joint Commission International* (JCI), *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO) e a *Accreditation Canada International* (ACI).

### **2.3.2 - O programa de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde**

Em novembro de 2011, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 277, onde instituiu o atual Programa de Acreditação de Operadoras de Plano de Saúde. Este programa surgiu como uma

inovadora ação no mercado brasileiro e foi inspirado em modelos internacionais. Segundo a agência, o principal objetivo deste programa estava apontado para "aumentar a qualidade da prestação dos serviços por meio de critérios de avaliação que possibilitam a identificação e solução de problemas por parte das operadoras de planos de saúde com mais consistência, segurança e agilidade".

A verificação do atendimento aos padrões do Manual é um processo voluntário, através do qual o órgão avaliador vai conceder o reconhecimento a um plano de saúde que obedece a certos padrões ou critérios. Estes padrões são estabelecidos através de avaliações iniciais e periódicas e demonstram o compromisso do plano de saúde com a qualidade dos serviços que oferece e representa uma busca contínua da melhoria de desempenho. Trata-se de uma verificação abrangente da qualidade e segurança assistencial do plano de saúde.

Os principais benefícios da conformidade de um plano de saúde com os padrões do Manual podem ser listados da seguinte forma:

- a) Credibilidade do Plano de Saúde junto à população, órgãos de classe, agências governamentais, enfim com todos os segmentos envolvidos no negócio;
- b) Diferencial mercadológico, em relação aos demais Planos;
- c) Melhor utilização de seus serviços, através da educação dos beneficiários;
- d) Diferenciação para captação e manutenção de profissionais e serviços;
- e) Atendimento melhor às solicitações e determinações de agências reguladoras;
- f) Parceria com seus beneficiários nas etapas dos cuidados;
- g) Disponibilidade para elaboração de relatórios gerenciais;
- h) Habitualidade em respeitar os direitos dos beneficiários.

No Programa de Acreditação de Operadoras da ANS, a qualidade dos serviços colocados à disposição por uma determinada operadora é confrontada com padrões de qualidade preestabelecidos. Para tanto, a operadora será visitada pelo comitê de uma entidade acreditadora homologada pela ANS que fará a análise e a avaliação de indicadores, emitindo um parecer sobre o grau de conformidade encontrado. Caso a operadora seja aprovada, a certidão de acreditação será fornecida em níveis, de acordo com o padrão de qualidade encontrado, a partir de um padrão mínimo para aprovação. As entidades acreditadoras homologadas também terão que ser

obrigatoriamente habilitadas pela Coordenação Geral de Acreditação do Inmetro (CGCRE) para conduzir o processo de acreditação nas operadoras de acordo com prazo definido na RN 277.

É importante conhecer alguns dos conceitos relacionados ao Programa de Acreditação de Operadoras da ANS, conforme listados a seguir:

- I. Certificação - A certificação é o processo pelo qual uma empresa, pessoa ou produto é aprovado com base em uma norma, regulamento ou padrão. Este processo é realizado por um Organismo de Certificação, acreditado por uma Autoridade Reguladora (INMETRO).
- II. Entidades Acreditoras - São pessoas jurídicas de direito público ou privado que receberam o certificado de acreditação emitido pela CGCRE do INMETRO e foram homologadas pela DIOPE.
- III. Certificado de Acreditação - Documento emitido pela Coordenação Geral de Acreditação - CGCRE do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO, reconhecendo formalmente que um organismo de certificação atende a requisitos previamente definidos e demonstra possuir competência para executar o Programa de Acreditação de OPS, em conformidade com todos os requisitos estabelecidos pela CGCRE do INMETRO e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- IV. Homologação - Ato pelo qual a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE da ANS autoriza um organismo de certificação, com certificado de acreditação válido e emitido pela CGCRE do INMETRO, a atuar como entidade acreditadora das OPS.
- V. Certidão de Acreditação - Documento com prazo de validade, emitido por uma entidade acreditadora, após a aplicação do Programa de Acreditação em uma OPS, que estabelece em três níveis o padrão de qualidade encontrado, desde que alcançada uma pontuação final mínima.

A avaliação das entidades acreditadoras deve levar em consideração alguns pontos para a concessão da certidão de acreditação às operadoras de saúde, como a administração da operadora, sua estrutura e operação dos serviços de saúde oferecidos, o desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados, e o nível de satisfação de seus beneficiários.

Para que a conformidade seja considerada a avaliação é baseada em uma análise de evidências distribuídas em 7 dimensões, cujo objetivo é avaliar o grau de conformidade de cada item quando confrontado com as práticas adotadas pela operadora.

O quadro a seguir apresenta a quantidade de itens de cada dimensão, sua respectiva nota e peso.

Dimensão	Nome	Itens	Peso	Nota Mínima
1	Programa de Melhoria da Qualidade – PMQ	11	1	70
2	Dinâmica da Qualidade e Desempenho da Rede Prestadora	12	2	70
3	Sistemáticas de Gerenciamento das Ações dos Serviços de Saúde	25	2	70
4	Satisfação dos Beneficiários	9	2	70
5	Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde	51	1	70
6	Estrutura e Operação	15	2	70
7	Gestão	24	1	70

Figura 5 – Quadro de Dimensões. Fonte: ANS. Anexo da Resolução Normativa – RN nº 277 – Anexo I

- **Dimensão 1** - Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ) - O objetivo, entre outros itens, é verificar se a operadora tem grupo responsável pelo PMQ, e se esse grupo avalia os processos operacionais relacionados à melhoria de qualidade em todas as suas atividades.
- **Dimensão 2** - Dinâmica da Qualidade e Desempenho da Rede Prestadora - O objetivo é pontuar a operadora que disponha de procedimento documentado e adequado que priorize a qualificação acadêmico-profissional nas etapas de avaliação e seleção de médicos e demais prestadores para sua rede. Também, se a operadora viabiliza a participação em programas de capacitação e educação continuada em saúde, para sua rede prestadora, com o objetivo de melhorar os resultados da atenção à saúde.
- **Dimensão 3** - Sistemáticas de Gerenciamento das Ações dos Serviços de Saúde - nesta dimensão o foco é a avaliação de distribuição quantitativa e geográfica da rede prestadora, a identificação de obstáculos ao acesso à rede prestadora e como é feito o arquivamento e controle de documentação das Autorizações Prévias contendo respostas às solicitações de autorização para realização de exames, procedimentos e internações, incluindo as justificativas técnico-administrativas.
- **Dimensão 4** - Satisfação dos Beneficiários - a avaliação desta dimensão consiste em verificar se a operadora possui procedimento devidamente documentado para identificar a população-alvo, com base nas reclamações e solicitações dos beneficiários, para realização

da avaliação de satisfação e qual a periodicidade deste registro de avaliação das reclamações e solicitações dos beneficiários.

- **Dimensão 5** – Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde - esta dimensão verifica se nos Programas de Gerenciamento de Casos Complexos e de Doenças Crônicas a operadora utiliza relatórios de altas hospitalares; de medicamentos solicitados, se oferece benefício-farmácia e se existem nos Programas de Promoção da Saúde material explicativo e treinamento dos programas.
- **Dimensão 6** – Estrutura e Operação – esta dimensão trata de itens como a Qualidade da Estrutura Físico-Funcional, que, entre outros, avalia se a operadora dispõe de ambiente adequado, que respeite a privacidade do beneficiário para o atendimento pessoal, inclusive de gestantes, idosos, crianças e portadores de necessidades especiais.
- **Dimensão 7** - Gestão - avalia se a operadora tem canais permanentes de comunicação com seus colaboradores, disponibilizando espaços para compartilhamento de conhecimento e integração; ou, ainda, se há políticas e programas de qualidade de vida no trabalho (segurança, saúde, higiene, medicina ocupacional, assistência social) acompanhados regularmente e reconhecidos como satisfatórios por mais de 50% dos colaboradores; se os cadastros dos beneficiários e dos prestadores da rede são padronizados e acessíveis por sistemas informatizados, e se para cada beneficiário ou prestador da rede existe um cadastro completo, sem dados incompletos.

A certidão de acreditação pode ser conferida em 3 níveis: Nível I: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 90 (noventa) e 100 (cem) pontos; Nível II: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 80 (oitenta) e 89 (oitenta e nove) pontos; Nível III: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 70 (setenta) e 79 (setenta e nove) pontos.

As certidões nível II e nível III terão prazo de validade de no mínimo 2 (dois) e no máximo 3 (três) anos e a certidão nível I será válida por no mínimo 3 (três) e no máximo 4 (quatro) anos.

Neste sentido, quanto mais eficiente for a operadora, tanto em aspectos de gestão quanto no atendimento e na satisfação dos consumidores, melhor poderá ser percebida a qualidade dos serviços prestados. Ou seja, além de incentivar a busca pela eficiência, o Programa de Acreditação de Operadoras da ANS busca oferecer informação capaz de dar ao consumidor maior percepção em relação à qualidade de uma operadora de plano de saúde.

### 2.3.3 - Preparação da Operadora para a visita da entidade acreditadora

As operadoras de planos de saúde que desejam ser acreditadas ou reacreditadas devem enviar a uma das entidades acreditadoras um formulário de identificação, com informações necessárias para preparação de uma agenda de avaliação e tomada das demais providências para que o processo de avaliação transcorra adequadamente.

Qualquer operadora de planos de saúde pode se candidatar a avaliação para acreditação, independente de seu tamanho, modalidade ou abrangência geográfica desde que estejam em conformidade com as leis e regras que regulam o setor.

Abaixo alguns procedimentos iniciais que a operadora deverá seguir visando a certificação:

1. Entrar em contato com uma das entidades acreditadoras válidas para candidatar-se;
2. Iniciar internamente o processo de adequação às boas práticas solicitadas;
3. Solicitar “visita diagnóstica” junto à entidade acreditadora;
4. Definir um plano de ação dentro do resultado obtido na “visita diagnóstica” para agir em busca da conformidade nos padrões que ainda não estão adequados;
5. Solicitar a visita de avaliação final;
6. Elaborar em conjunto com a entidade acreditadora uma agenda de trabalho onde constarão os dados referentes ao fluxo de reuniões e toda a dinâmica das visitas.

O Programa de Acreditação de Operadoras da ANS identificará e determinará os parâmetros de qualidade que deverão ser utilizados pelas operadoras, porém estes parâmetros não serão de caráter obrigatório pois já existem normas criadas pela ANS de cumprimento obrigatório. A finalidade do programa é estimular a adoção das melhores práticas por parte das operadoras, desenvolvendo no mercado condições para o estabelecimento de uma competição qualitativa, incentivando a mudança do modelo técnico-assistencial existente. Segundo Leandro Fonseca, Diretor Adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras, *“a acreditação diminui algumas das imperfeições do mercado e permite que as operadoras conheçam melhor seu próprio negócio, identificando as soluções para os problemas com mais segurança e agilidade, além de possibilitar que os consumidores tenham uma melhor percepção das diferenças nos níveis de qualidade entre as operadoras”*.

### 3 - Quadro atual da Acreditação de Operadoras de Plano de Saúde no Brasil

As operadoras de planos de saúde têm demonstrado grande interesse no alcance da melhoria da qualidade, procurando as entidades acreditadoras para avaliação de sua qualidade. O interesse tem sido liderado pelas mais importantes operadoras de saúde do país, porém até hoje somente uma das operadoras possui a certificação em vigência como veremos a seguir.

#### Operadoras acreditadas

Operadora de Planos de Saúde	Reg ANS nº	Nível da Acreditação	Prazo de validade da Certidão
Bradesco Saúde S.A.	00571-1	 Nível I	3 anos (A partir de 23 de maio de 2012)

#### Entidades Acreditadoras

Confira abaixo as entidades acreditadoras homologadas pela ANS:




Acreditora	Portaria
Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde - CBA S.A.	 <a href="#">Baixe aqui a Portaria</a>
A4 Quality Services Auditoria e Certificação Ltda.	 <a href="#">Baixe aqui a Portaria</a>
APCER Brasil Certificação Ltda.	 <a href="#">Baixe aqui a Portaria</a>
Instituto Nacional da Qualidade e Desenvolvimento Social - ISOPOINT	 <a href="#">Baixe aqui a Portaria</a>

Figura 7 – Operadoras acreditadas e Entidades Acreditadoras. Fonte: ANS 03/2013.

Em entrevista concedida sobre o tema Acreditação de Operadoras de Saúde para a 3ª edição da Revista Acreditação em Saúde, publicação do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) de agosto de 2012 (Revista Acreditação em Saúde, 1º semestre 2012), o presidente da Bradesco Saúde, Márcio Coriolano afirma que foi necessária a realização de mudanças nas bases e estrutura da empresa para que pudesse ser hoje primeira operadora de saúde Acreditada, conforme os padrões da ANS, com nota máxima, nível 1. A Bradesco Saúde foi certificada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) – instituição homologada pela ANS e representante exclusiva da Joint Commission International (JCI) no Brasil – e é pioneira em Acreditação de Operadoras de Saúde no país, tornando-se a única no mercado a possuir selo com base em parâmetros internacionais.



De acordo com Marcio Coriolano, a acreditação amplia a percepção do desempenho da empresa. “Como consequência, oferecemos produtos e serviços cada vez mais diferenciados que se destacam pela adequação às necessidades dos nossos segurados e maior atenção à qualidade da assistência”, afirma o presidente da primeira operadora de saúde brasileira a receber acreditação, de acordo com a metodologia exigida pela ANS.

Coriolano conta que a acreditação reforçou a diretriz da Bradesco Saúde em relação ao cuidado com a saúde do segurado. Entre as ações realizadas, ele destaca o incremento na qualidade de processos e nas informações transmitidas, o que inclui dados sobre direitos do segurado; orientações quanto à utilização do seguro e como cuidar da saúde; compromisso com a qualidade da rede referenciada de prestadores de serviços médicos; agilidade do atendimento do plano de saúde e no relacionamento; preocupação com a melhoria contínua, incluindo a utilização da opinião dos segurados para promover qualidade; reforço da comunicação com todos os públicos; investimentos no atendimento ao cliente; gestão eletrônica de documentos dos prestadores, entre outros. O presidente da Bradesco Saúde sublinha ainda que aproximadamente 50 indicadores operacionais são acompanhados diariamente através de um painel de monitoramento, o que possibilita visualizar, entre outras informações, o volume de autorizações. “O gerenciamento garante a eficiência operacional já que nos permite identificar as necessidades de atendimento, ajustando *on time* o direcionamento das análises para os segmentos que estejam com maior demanda no momento”, explica.

Quando o CBA questiona o diretor sobre a satisfação dos clientes que também é avaliada no Programa de Acreditação de Operadoras de Saúde da ANS, ele explica que a Bradesco Saúde sempre teve o compromisso de prestar o melhor atendimento ao cliente, independente do canal de relacionamento e com a Acreditação esses canais que já eram trabalhados passaram a ser mais monitorados. “Para isso, a seguradora criou uma estrutura para analisar as manifestações dos internautas, sejam elas positivas, neutras ou negativas, e respondê-las. Esse trabalho ocorre por meio de um sistema que faz a busca nos principais sites sociais (Orkut, Facebook, Twitter, Myspace, dentre outros) e integra a ferramenta de *WorkFlow* da empresa, atribuindo um tempo de resposta gerenciado pela solução. A ferramenta divide os posts em categorias e as trata da melhor maneira. A Bradesco Saúde mapeia constantemente blogs e redes sociais a fim de embasar um engajamento da seguradora com o segurado de forma eficaz,” complementa.

Ao ser questionado sobre como assegurar a transparência de informações que é um critério de relevância presente em praticamente todas as dimensões do Programa de Acreditação de Operadoras de Saúde da ANS, Márcio Coriolano diz que a Bradesco Saúde criou ações para dar ainda mais transparência em sua relação com todos os públicos. “Criamos novos canais de comunicação e os existentes foram reforçados com mais informações e serviços. Podemos citar o site Cuide Bem, como exemplo. No novo site o segurado tem acesso a informações sobre seus direitos e deveres, dicas para utilização consciente do plano de saúde, consentimento informado etc. Reforçamos também os canais existentes como o site do Programa Juntos pela Saúde, que ganhou novos informativos sobre cuidados com a saúde e testes interativos. Nosso site, por exemplo, ganhou nova roupagem, mais conteúdo, novos serviços e ainda foi adaptado para promover maior acessibilidade num trabalho desenvolvido em parceria com o grupo Acessibilidade Brasil. A busca de referenciados, que já possuía mapas online, ganhou também informações como a indicação dos referenciados que passaram a integrar a rede recentemente e daqueles que possuem estrutura adaptada para cadeirantes. Entre as iniciativas para os Corretores, importantes parceiros, está a disponibilização de materiais de apoio à comercialização, além de treinamentos virtuais e cartilhas explicativas”.

De acordo com os indicadores da Bradesco Saúde, as mudanças já começaram a ser percebidas pelos seus clientes, isso é o que demonstra uma pesquisa realizada pela operadora em parceria com o instituto Gerp Pesquisa Estratégica, com aproximadamente 2 mil entrevistas, apontou que cerca de 80% dos clientes Bradesco Saúde reconhecem como elevado o padrão de qualidade dos produtos e serviços prestados pela seguradora. “É por isso que cerca de 80% dos usuários do seguro e dos gestores das empresas contratantes recomendam a Bradesco Saúde. Entre nossos usuários, o índice de encantamento chega a 43%, estando os maiores índices de satisfação vinculados à rede referenciada de hospitais (76%) e laboratórios (80%), orgulha-se o presidente da Bradesco Saúde. Ele também cita as excelentes notas nos últimos resultados do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), indicador da ANS que mede a qualidade das operadoras considerando critérios como atenção à saúde, desempenho econômico-financeiro, estrutura e operação e satisfação do cliente.

Márcio Coriolano conclui que para o sucesso do programa é necessário o envolvimento de toda a liderança desde o início do processo. “O envolvimento das lideranças no processo desde a alta administração é um dos pré-requisitos para o sucesso do processo. O engajamento das pessoas

para atingir melhores resultados é fundamental. Como já mencionamos, foram criadas estruturas que permitem a participação e integração das diversas áreas da companhia na gestão da qualidade”.

Em entrevista concedida a Política & Poder (CAMIMURA, 12/2012), o coordenador de acreditação para operadoras de saúde do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), José de Lima Valverde Filho, afirma que existem dados, nos Estados Unidos, que estimam que cerca de 250 mil vidas foram salvas na década passada como resultado direto dos esforços dos planos de saúde em medirem - e melhorarem - a qualidade. “Estamos certos de que situação semelhante ocorrerá no Brasil com a melhora da qualidade das OPS, através de avaliação e acreditação”. Para tanto, a qualidade do Setor será resultado da busca de qualidade de todos os players. Afinal, conforme garante José Valverde, “a qualidade de uma operadora é medida pelos resultados dos serviços prestados aos seus beneficiários por sua rede de serviços de saúde”.

José de Lima Valverde Filho conclui explicando que a ANS estimula a qualificação mas não obriga as operadoras de saúde a serem submetidas a este processo. “As exigências da ANS são justas e visam a proteção de cerca de 47 milhões de beneficiários do sistema de saúde suplementar. Quem dera que os demais brasileiros, que não possuem planos de saúde, também tivessem a cobertura de um sistema obrigado a seguir as resoluções semelhantes às da ANS. O papel de uma agência reguladora é esse mesmo. As operadoras com qualidade se ajustarão às determinações normativas”.

#### **4 - Conclusão**

Diante de todos os conceitos aqui apresentados e do atual cenário da saúde suplementar no país conclui-se que a acreditação é uma das melhores maneiras para uma operadora de saúde demonstrar aos seus beneficiários e aos demais atores do sistema de saúde suplementar, que seus serviços são seguros e que o plano de saúde é gerenciado de acordo com os padrões da qualidade e que a informação e a comunicação da operadora com todos os envolvidos com seu negócio é efetiva.

Em dezembro de 2012 a ANS lançou em seu portal o “*Espaço Qualidade*” e graças a esta iniciativa da agência reguladora os beneficiários de planos de saúde poderão consultar informações e indicadores de qualidade da saúde suplementar. Com a nova ferramenta, o usuário

pode selecionar determinadas operadoras e, por meio de um filtro com a marcação de alguns critérios desejáveis, tem acesso simplificado a diversas informações úteis na escolha de um novo plano ou na portabilidade entre operadoras, como a comparação entre as redes de cobertura de cada plano. O “*Espaço da Qualidade*” reúne ainda informações como: Índice de Reclamações, Programas de Qualificação das Operadoras, IDSS, Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, a lista dos planos com comercialização suspensa pela ANS e Programa de Acreditação de Operadoras. “Com o “*Espaço da Qualidade*” estamos dando ao cidadão mais uma ferramenta de transparência, facilitando o acesso à informação na hora de escolher ou mudar de plano”, avalia o ministro da Saúde, Alexandre Padilha no lançamento do “*Espaço Qualidade*” no Rio de Janeiro em 13/12/2012.

O estímulo à busca da qualidade no Setor Suplementar é uma tendência na regulação. A busca pela assistência médica de qualidade e a excelência em serviços de saúde através da adequação dos processos de uma operadora de saúde deve reforçar no cenário das Operadoras de Planos de Saúde, valores fundamentais, como o respeito aos direitos dos consumidores, ética e responsabilidade social.

## 5 - Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Disponível em <http://www.ans.gov.br/>, acesso em 02/02/2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS - Resolução Normativa – RN Nº 277, Brasília: 2011. Disponível em [http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com\\_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1877/](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1877/), acesso em 01/08/2012.

BRADESCO SAÚDE. Disponível em <http://www.bradescosaude.com.br/acessibilidade/home.do>, acesso em 26/11/2012.

CALS DE OLIVEIRA. S., Acreditação, Certificação e Qualidade, VIS Brasil: 2010.

CAMIMURA, Lenir. Avaliação e acreditação são ferramentas para melhorar a qualidade. Política & Poder. 12/2012.

CGECRE - INMETRO, Relatório Anual de Acreditação, Rio de Janeiro: 2010.

CHOLLET, D.J. e LEWIS, M., Private Insurance: principles and practice. IN: SCHIEBER, G, Innovations in Health Care Financing. Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997. World Bank Discussion Paper n. 365, Washington.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO – CBA. Disponível em  
<<http://www.cbacred.org.br/site/noticias-operadoras-planos-saude/>>. Acesso em 02/02/2013.

GERALDO DA CUNHA. A. Dic. Etimol. Nova Fronteira. 2ª ed. 2.001.

HOUAISS A, VILLAR M de S, Franco FM de. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em  
<<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em 28/09/2012.

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA –  
INMETRO. Disponível em <<http://www.inmetro.gov.br/credenciamento/>>. Acesso em  
28/09/2012.

JOINT COMMISSION - JC. Disponível em <<http://www.jointcommission.org/>>. Acesso em  
01/08/2011.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL – JCI. Disponível em  
<<http://www.jointcommissioninternational.org/>>. Acesso em 01/08/2012.

MANUAL DO CBA PARA AVALIAÇÃO DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE  
METODOLOGIA II. 1ª ed. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de  
Saúde – Rio de Janeiro. 2011.

MARTINS, Thaís. O mapa da Acreditação no Brasil - A evolução da certificação no país,  
desafios e diferenças entre as principais metodologias. Revista Melhores Práticas, Rio de  
Janeiro : n.1, mar-abr de 2011.

REVISTA ACREDITAÇÃO EM SAÚDE. Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA. 3ª ed.  
1º semestre 2012.