

José de Lima Valverde Filho

**AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE DA BRADESCO SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação Cesgranrio, como requisito para obtenção do título de Mestre em Avaliação.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Mendes de Oliveira Castro

Rio de Janeiro
2012

V135a Valverde Filho, José de Lima.
Avaliação da Adequação dos Serviços de Saúde da
Bradesco Saúde / José de Lima Valverde Filho. – 2012.
82f. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Mendes de Oliveira Castro.
Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação) –
Fundação Cesgranrio, Rio de Janeiro, 2012.
Bibliografia: f. 73-77.

1. Serviços de saúde - Avaliação - Brasil. 2. Bradesco
Saúde - Avaliação. I. Castro, Gilberto Mendes de Oliveira. II.
Título.

CDD 368.38200981

Ficha catalográfica elaborada por Anna Karla S. da Silva (CRB7/6298)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

JOSÉ DE LIMA VALVERDE FILHO

**AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE DA BRADESCO SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação da Fundação Cesgranrio,
como requisito para a obtenção do título
de Mestre em Avaliação

Aprovada em 11 de setembro de 2012

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. GILBERTO MENDES DE OLIVEIRA CASTRO
Fundação Cesgranrio



Profª. Drª. MERCÊDES MOREIRA BERENGER
Fundação Cesgranrio



Prof. Dr. JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Fundação Oswaldo Cruz

Dedico esta dissertação aos meus colegas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, turma de 1972, pelos anos de convívio, amizade e de perseverante luta.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Maria Manuela Pinto Carneiro Alves dos Santos, Superintendente do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), pelo estímulo e ajuda que possibilitaram minha participação no Curso de Mestrado Profissional em Avaliação da Fundação Cesgranrio, e pela autorização da divulgação do resultado das avaliações realizadas.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Gilberto Mendes de Oliveira Castro, por sua inestimável ajuda.

A Prof^a. Dr^a. Mercêdes Moreira Berenger e ao Prof. Dr. José Carvalho de Noronha pela honra que me concedem por participarem da banca examinadora.

Ao corpo docente do Curso de Mestrado Profissional em Avaliação da Fundação Cesgranrio, pelos ensinamentos sobre avaliação e pela possibilidade de compreender a avaliação dentro de um amplo contexto.

Ao Dr. Marcio Serôa de Araújo Coriolano, Presidente da Bradesco Saúde, pela autorização de divulgação dos resultados da avaliação de sua empresa.

A todos os colegas de turma, pelo agradável convívio e pela enriquecedora troca de experiências.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo avaliar a adequação dos serviços de saúde prestados pelo Plano de Saúde Bradesco Saúde aos seus beneficiários. Para tanto, o autor analisou e comparou os resultados da avaliação diagnóstica realizada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), nessa operadora de Planos de Saúde, em setembro de 2010, e a avaliação para acreditação, realizada em conjunto pelo CBA e a *Joint Commission International* (JCI), ocorrida em outubro de 2011. Em ambas as avaliações foi utilizado como instrumento avaliativo, o Manual de Padrões para Avaliação de Planos de Saúde, do CBA, criado por esse organismo de avaliação e de acreditação e validado, conjuntamente, com a JCI. O autor selecionou, para a avaliação, a função Adequação dos Serviços de Saúde para os Beneficiários do Manual de Padrões para Avaliação de Planos de Saúde do CBA. Com base nesta função, foram construídos indicadores para a avaliação de conformidade do Plano de Saúde quanto à adequação dos serviços de saúde disponíveis aos seus beneficiários. O resultado do atendimento aos indicadores foi cotejado a partir dos relatórios de avaliação emitidos pelo CBA, após as avaliações terem sido concluídas. Pode-se afirmar que a adequação dos serviços de saúde aos beneficiários da Bradesco Saúde evoluiu positivamente. O estudo demonstrou um percentual de conformidade de adequação dos serviços de saúde da Bradesco Saúde de 93,75%, contra 56,25% observados na avaliação diagnóstica. Conclui-se que a avaliação diagnóstica foi fundamental, para que a Bradesco Saúde estabelecesse as medidas necessárias com objetivo de melhor adequar seus serviços de saúde, aos padrões de qualidade e de segurança, recomendados pelo Manual.

Palavras-chave: Avaliação. Acreditação. Planos de Saúde. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the adequacy of health services provided by Bradesco Saúde, a Brazilian private health plan, to its beneficiaries in two occasions: a diagnostic evaluation performed by Consortium for Brazilian Accreditation (CBA) in Bradesco Saúde in September 2010 and a second evaluation for accreditation conducted jointly by CBA and the Joint Commission International (JCI) in October 2011. In both cases evaluation instruments were the same, the Manual of Standards for the Assessment of Health Plans. This Manual was created by CBA and validated by CBA and JCI. The function Adequacy of Health Services to Beneficiaries was selected from the Manual of Standards for the Evaluation of Health Plans. Based on this function, indicators were constructed for evaluating the conformity of health plan in relation to the services adequacy to beneficiaries. After the evaluations were completed assessment reports issued by the CBA were reviewed so results of the indicators following were compared. It can be stated that the adequacy of health services to beneficiaries of Bradesco Saúde evolved positively, comparing the results observed from the diagnostic evaluation and the evaluation for accreditation. The study showed a compliance rate of adequacy of Bradesco Saúde health services of 93.75% against 56.25% observed in the diagnostic evaluation.

Key-words: Evaluation. Accreditation. Health Plans. Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Evolução da Assistência Privada à Saúde.....	12
Quadro 2	Atores do Sistema de Saúde Suplementar.....	16
Figura 1	Etapas da construção dos indicadores de rede.....	52
Quadro 3	Indicadores para avaliação da adequação dos serviços da Bradesco Saúde aos beneficiários.....	53
Quadro 4	Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação – padrão ASB. 1, elemento de mensuração 2.....	63
Quadro 5	Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação, padrão ASB. 1, elemento de mensuração 4.....	63
Quadro 6	Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação, padrão ASB. 3, elemento de mensuração 2.....	64
Quadro 7	Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação, padrão ASB.2, elemento de mensuração 3.....	64
Quadro 8	Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação, padrão ASB.4, elemento de mensuração 3.....	65
Quadro 9	Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação, padrão ASB.5, elemento de mensuração 2.....	65
Quadro 10	Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação, padrão ASB.6, elemento de mensuração 5.....	66
Quadro 11	Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação, padrão ASB.6, elemento de mensuração 6.....	67
Quadro 12	Conformidades dos indicadores de rede nas avaliações diagnóstica e de acreditação da Bradesco Saúde.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEMID	Associação Brasileira de Empresas de Internação Domiciliar
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ACHSI	Australian Council for Healthcare Standards International
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMB	Associação Médica Brasileira
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASB	Adequação dos Serviços de Saúde para os Beneficiários (Função do Manual de Padrões de Avaliação de Operadoras de Planos de Saúde do Consórcio Brasileiro de Acreditação)
CAOPS	Coordenação de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde do Consórcio Brasileiro de Acreditação
CAHPS	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CBC	Colégio Brasileiro de Cirurgias
CDC	Center of Diseases Control (Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos)
CFM	Conselho Federal de Medicina
DBF	Direitos dos Beneficiários e Familiares (Função do Manual de Padrões de Avaliação de Operadoras de Planos de Saúde do Consórcio Brasileiro de Acreditação)
EBF	Educação em Saúde de Beneficiários e Familiares (Função do Manual de Padrões de Avaliação de Operadoras de Planos de Saúde do Consórcio Brasileiro de Acreditação)
EM	Elemento de Mensuração
FENASAUDE	Federação Nacional de Saúde Suplementar
GIC	Gerenciamento da Comunicação (Função do Manual de Padrões de Avaliação de Operadoras de Planos de Saúde do Consórcio Brasileiro de Acreditação)
GMQ	Gerenciamento e Melhoria da Qualidade (Função do Manual de Padrões de Avaliação de Operadoras de Planos de Saúde do Consórcio Brasileiro de Acreditação)
GPS	Gerenciamento do Plano de Saúde (Função do Manual de Padrões de Avaliação de Operadoras de Planos de Saúde do Consórcio Brasileiro de Acreditação)
IAP	Programa Internacional de Acreditação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia
IDEC	Instituto de Defesa do Consumidor

IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPASE	Instituto de Pensões e Assistência dos Servidores do Estado
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
ISQUA	International Society for Quality in HealthCare
JCAHO	Joint Commission for Accreditation on HealthCare Organizations
JCI	Joint Commission International
MANUAL	Manual de Padrões para Avaliação de Planos de Saúde do Consórcio Brasileiro de Acreditação
NCQA	National Committee for Quality Assurance
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PROCON	Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor
RECLAR	Regras de Classificação Hospitalar
SER	Seleção e Educação da Rede de Provedores e Serviços (Função do Manual de Padrões de Avaliação de Operadoras de Planos de Saúde do Consórcio Brasileiro de Acreditação)
SINDHRIO	Sindicato dos Hospitais do Rio de Janeiro
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIDAS	União Nacional de Instituições de Autogestão em Saúde
UNIMED	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas
URAC	Utilization Review Accreditation Commission
VCMH	Variação dos Custos Médico Hospitalares
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	RELEVÂNCIA E RAZÕES PARA AVALIAÇÕES E PARA ACREDITAÇÃO.....	13
1.2	A ACREDITAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE.....	23
1.3	A ACREDITAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE.....	27
1.4	OBJETIVO DO ESTUDO.....	30
1.5	QUESTÕES AVALIATIVAS.....	31
2	CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE	33
2.1	O MANUAL DE ACREDITAÇÃO.....	33
2.2	DIREITOS DOS BENEFICIÁRIOS E FAMILIARES.....	35
2.3	A ADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA OS BENEFICIÁRIOS.....	36
2.4	GERENCIAMENTO DO PLANO DE SAÚDE.....	36
2.5	GERENCIAMENTO DA QUALIDADE.....	37
2.6	SELEÇÃO E EDUCAÇÃO DA REDE DE PROVEDORES E SERVIÇOS.....	38
2.7	EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE BENEFICIÁRIOS E FAMILIARES.....	39
2.8	GERENCIAMENTO DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO.....	40
2.9	INDICADORES DE QUALIDADE PARA AVALIAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE.....	41
2.10	PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE.....	42
3	OBJETO DO ESTUDO	44
3.1	O PROCESSO DE AVALIAÇÃO.....	46
4	METODOLOGIA DO ESTUDO	51
5	RESULTADOS	62
5.1	PADRÃO ASB. 1– ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 2.....	62
5.2	PADRÃO ASB. 1 – ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 4.....	63
5.3	PADRÃO ASB. 3 – ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 2.....	64
5.4	PADRÃO ASB. 2 – ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 3.....	64
5.5	PADRÃO ASB. 4 – ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 3.....	65
5.6	PADRÃO ASB. 5 – ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 2.....	65
5.7	PADRÃO ASB. 6 – ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 5.....	65
5.8	PADRÃO ASB.6 – ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 6.....	66
5.9	INDICADORES DE REDE.....	67
6	RESPOSTAS ÀS QUESTÕES AVALIATIVAS, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	70
6.1	RESPOSTAS AS QUESTÕES AVALIATIVAS.....	70
6.2	CONCLUSÕES.....	71
6.3	RECOMENDAÇÕES.....	71
	REFERÊNCIAS	73
	GLOSSÁRIO	78

1 INTRODUÇÃO

Pode-se reportar a década de 1930 como o surgimento de um modelo que concedia a grupos específicos, benefícios previdenciários e assistência à saúde.

O seguro social surgiu no Brasil em 1923:

Com a promulgação, pelo Presidente Artur Bernardes, da Lei nº 4.682 de 24 de janeiro, de autoria do Deputado Eloy Chaves. Com esta lei ficou instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), que atendeu, em um primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores. Ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. (MERCADANTE, 2002).

Desde então surgiram sistemas de assistência à saúde, restritos a determinados beneficiários (funcionários e dependentes) de institutos ou de caixas, até o atual Sistema de Saúde Suplementar, cuja assistência aos beneficiários é fornecida por empresas privadas chamadas, genericamente, de Planos de Saúde ou de operadoras de Planos de Saúde (OPS).

No que pese as restrições à fonte Wikipedia, uma visão panorâmica da Assistência Privada à Saúde, desde a criação dos Institutos de Assistência, até o surgimento dos atuais Planos de Saúde encontra-se no Quadro 1, igualmente extraída de fonte proveniente da Fundação Getúlio Vargas.

Quadro 1- Evolução da Assistência Privada à Saúde.

Ano	Evento
1923	Lei Elóy Chaves, criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões para os empregados das empresas ferroviárias.
1933	Criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM)
1934	Criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC)
1934	Criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB)
1936	Criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI)
1938	Criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETEC)
1938	Criação do Instituto de Pensões e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE)
1939	– Criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Operários Estivadores (IAPOE)

(Continuação)

(Continuação)

Ano	Evento
1944	Fundação da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI)
1945	O IAPETEC incorporou-se ao Instituto dos Empregados em Transportes e Cargas da Estiva e passou a se chamar Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores e Transportes de Cargas
1953	Criação da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e de Empresa do Serviço Público (CAPFESP)
1960	Criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP)
1964	O governo credencia assistência médica privada para atender pacientes do serviço público (medicina de grupo)
1966	Criada a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE)
1966	Fusão de todos os Institutos de Assistência Previdenciária, com a criação do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social).
1967	Criada a União de Médicos de Santos (UNIMED)
1981	As seguradoras ingressam na área da saúde
1988	Criado o Sistema único de Saúde (SUS)
1988	Criada a lei 9656 que definiu as regras para o funcionamento do setor de Saúde Suplementar
2000	Criada a agência reguladora do funcionamento dos Planos de Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: Fundação Getúlio Vargas (2012) e Wikipedia (2012a).

Nos Estados Unidos, os Planos de Saúde surgiram em 1929, para atenderem às necessidades de grupos específicos, da indústria. No Brasil, como o mesmo objetivo, surgiram mais tardiamente, por volta de 1964.

O primeiro plano de saúde em grupo nos EUA apareceu em Dallas, Texas, em 1929. O Baylor University Hospital procurou estabilizar o seu fluxo oferecendo a 1.500 professores de escolas públicas um plano pré-pago (US\$6/ano) cobrindo até 21 dias de assistência hospitalar em regime de internação por contratante. Esta abordagem foi escolhida por outros hospitais e grupos de hospitais e se tornou o modelo para a Blue Cross, que ofereceu o seu primeiro plano em 1932, em Sacramento, Califórnia (PORTER; TEISBERG, 2007, p. 77).

1.1 RELEVÂNCIA E RAZÕES PARA AVALIAÇÕES E PARA ACREDITAÇÃO

Apesar de razoável tempo de existência, levando-se em consideração como marco contemporâneo 1964, as OPS não foram, desde então, voluntariamente, avaliadas, através de uma agência especializada em saúde. Não obstante haver um *ranking* de OPS, estabelecido através de avaliações conduzidas pela agência reguladora, o Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS) não é um

processo de avaliação voluntário, e não realiza avaliações particularizadas, conduzidas por especialistas, em cada OPS. Obtêm dados a partir das próprias OPS que são processados, para se estabelecer então, o *ranking*. Não há avaliação *in loco* das OPS, nem uma avaliação direta de satisfação com constituintes da rede ou com beneficiários. Também não avalia, diretamente, a qualidade da rede de serviços das OPS, seja ela própria ou contratada. A ANS coleta as reclamações de beneficiários contra as OPS e lista as OPS por ordem de queixas. A ANS publica que o índice médio de “reclamações” contra OPS de setembro de 2010 a agosto de 2012 evoluiu, desfavoravelmente, de 0,34 para 0,76 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, [2012?]).

Durante tanto tempo livres de qualquer regulação, as OPS, regra geral, não se habituaram a prestar contas aos seus beneficiários e aos demais atores do Sistema de Saúde Suplementar, sobre a qualidade dos seus serviços.

Até a promulgação pela Presidência da República da Lei 9.656 (BRASIL, 1998), que definiu as regras para o funcionamento do setor de saúde suplementar, o Estado brasileiro não dispunha dos instrumentos necessários para a regulação do ramo de planos privados de assistência à saúde, já organizado e funcionando há décadas no país. A lei, que entrou em vigor em 3 de junho de 1998, instituiu diversas garantias aos usuários. A aprovação do regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pelo Decreto 3.327 de 5 de janeiro de 2000 (BRASIL, 2000a) e, posteriormente, a criação da própria ANS, pela Lei 9.961 (BRASIL, 2000b), resultou da exigência da sociedade para a necessidade de se regular o setor.

De acordo com a Lei 9.656 (BRASIL, 1998), o Plano de Saúde é definido como:

Plano Privado de Assistência à Saúde é a 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 à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente a expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Os contratos prévios à Lei 9656 (BRASIL, 1998) que não foram adaptados continuam à mercê de cláusulas contratuais antigas.

Mesmo com a regulação, estão as OPS em primeiro lugar nas reclamações, por mais de sete anos consecutivos, tendo o Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), lançado sua terceira cartilha tratando do tema saúde: Seu Plano de Saúde: Conheça as armadilhas e abusos, pretendendo alertar os consumidores quanto ao desrespeito dos Planos de Saúde aos cidadãos (INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, 2007).

O 7º Fórum da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), em outubro de 2006, recebeu manifestações que refletem os conflitos existentes entre os atores do setor. Apesar de a ANAHP reconhecer que muitos hospitais privados também atendem ao SUS, a grande maioria foca sua atenção apenas no público pagante de convênios ou particulares, que representa apenas 20% da população brasileira, informação divulgada neste Fórum (FÓRUM DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 2006).

Os participantes do Fórum expuseram seus pontos de vista, mas cada um defendeu o seu segmento de atuação, sem chegar a um consenso sobre quem deve ceder primeiro. Ficou clara a dificuldade de se conciliar os interesses de 7.543 hospitais, sendo mais de 60% privados, 2090 OPS (na ocasião) e mais de 310 mil médicos e beneficiários do sistema (FÓRUM DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 2006).

Os representantes das OPS exigiram maior economia e sintonia por parte dos médicos e hospitais, maior eficiência dos profissionais, menor desperdício por parte dos pacientes, além de uma padronização de procedimentos e custos entre as instituições.

Por outro lado, os hospitais criticaram a atuação das OPS, considerando que estas buscam baixar custos referenciando redes de serviços, por menor preço. Gestores hospitalares e representantes da classe médica também criticaram a ausência de regras claras entre as operadoras, prejudicando muitas vezes o segmento da população que mais cresce em todo o mundo: a terceira idade.

Outra insatisfação quanto às operadoras referia-se à remuneração. Na ocasião remunerava-se, em média de R\$ 30,00, por consulta, quando segundo a ANAHP, deveria ser em torno do dobro. Aliás, este tipo de insatisfação permanece nos dias atuais, e movimentos de paralisação, capitaneados pelos Conselhos de

Medicina, contra as OPS têm sido frequentes. A principal reivindicação da categoria é o reajuste do valor das consultas e serviços pagos pelas operadoras, e como pressão, paralisações do atendimento têm ocorrido, como em 21 de setembro de 2011.

O Sistema de Saúde Suplementar possui uma grande pluralidade de atores, complexamente relacionados, como se observa, no Quadro 2.

Quadro 2 - Atores do Sistema de Saúde Suplementar.

Atividade	Atores
Reguladores	Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Superintendência de Seguros Privados (SUSEP)
Fiscalizadores	Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor (PROCON) Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC)
Interventores	Ministérios Públicos e Judiciários
Entidades representativas das OPS	União Nacional de Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (UNIMED) Santas Casas Unidas, representante dos Planos de Saúde das Santas Casas Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE)
Entidades representativas de categorias da saúde	Conselho Federal de Medicina (CFM) Conselhos Regionais de profissionais de saúde Sindicatos de profissionais de saúde Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC)
Entidades representativas de hospitais e outras instituições de saúde	Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) Sindicato dos Hospitais do Rio de Janeiro (SINDHRIO) Associação Brasileira de Empresas de Internação Domiciliar (ABEMID) Associação Médica Brasileira (AMB)
Fornecedores de materiais e insumos	Fornecedores de órteses, próteses, medicamentos e de equipamentos médicos em geral

Fonte: O Autor (2012).

A gama de atores, com interesses distintos, enseja uma erupção de conflitos, uma vez tão individuais são seus interesses, num setor apenas recentemente regulamentado (1998), lembrando que planos anteriores à Lei 9656/98 permaneceram, em muitos casos, sem adaptação a esta lei.

Em tese, são expectativas dos distintos *stakeholders*:

- ✓ Beneficiários – capacidade de pagar; amplo acesso; qualidade de serviços;
- ✓ Médicos, profissionais de saúde/prestadores – liberdade/prestar serviços; melhor remuneração;

✓ Judiciário/ Ministério Público – defesa dos mais fracos, conceder autorizações provisórias (liminares), para posterior julgamento do mérito, uma vez que pode haver risco de grave prejuízo à saúde do demandante; e

✓ Planos de Saúde – risco regulatório previsível; menor interferência externa; lucro.

Expectativas e interesses diferentes, como Miranda descreve:

Prestadores e profissionais de serviços de saúde acreditam que o valor da remuneração dos seus serviços está muito aquém do que seria justo e que as operadoras de saúde são beneficiadas com esta situação; acreditam que as operadoras de saúde querem “ganhar sempre”. Esse quadro contempla as relações conflituosas e/ou distorcidas que permeiam o sistema e demonstra a extensão desse comprometimento.

A análise macroscópica do cenário sugere que o gerenciamento de sistema de assistência e atenção à doença e à saúde não garante a criação de um sistema de saúde sustentável ou viável ao longo do tempo. Portanto, propostas inovadoras de gestão deverão considerar relevante criar mecanismos de gestão que solucionem ou minorem os dilemas do sistema. A conclusão é de que os sistemas atuais caminham, inexoravelmente, para a inviabilidade econômica. Para combater esta situação, várias alternativas são propostas, quase todas baseadas na necessidade de mudar o foco do sistema da doença para a saúde através da adoção de medidas preventivas ou da modificação das práticas atuais de tratamento (excessivamente intervencionistas e invasivas) (MIRANDA, 2004).

As relações dos atores do Sistema de Saúde Suplementar são peculiares por vezes e, por outras, comuns aos sistemas de saúde, em geral. Especificamente, o sistema é uma rede interdependente, de convivência não harmoniosa, em que os atores não confiam uns nos outros e que buscam seus interesses, sem avaliarem as consequências sobre a própria viabilidade do sistema. A continuar assim, preveem-se sérias dificuldades para a manutenção do atual sistema:

Na área privada da saúde passamos por uma situação onde todos os atores do sistema suplementar estão em crise. A rede de atendimento, composta por médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, reclamam cada vez mais da baixa remuneração. As Operadoras de Saúde vivem uma situação que, com raras e honrosas exceções, é quase falimentar. Passada a fase onde o ganho financeiro, decorrente da inflação, era mais que suficiente para esconder os crescentes custos da assistência à saúde, elas se vêm às voltas com instrumentos de gerenciamento e controle de custos que, não raramente, têm se mostrado insuficientes para resolver sua problemática. Os usuários, por seu turno, estão cada

vez mais se esforçando para que em seu orçamento caibam as despesas com os Planos de Saúde e, por conseguinte, estão sempre em busca daqueles que oferecem os menores preços (MIRANDA, 2004).

A relevância do setor de Saúde Suplementar na assistência à saúde da população brasileira pode ser demonstrada por alguns dados publicados pela ANS, como (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012):

- ✓ Em dezembro de 2011, o mercado de saúde suplementar alcançou a marca de 47,6 milhões de vínculos de beneficiários a planos de assistência médica e 16,8 milhões a planos exclusivamente odontológicos, com uma taxa de cobertura representando evolução constante nos últimos anos;

- ✓ Um quarto da população brasileira (25,0%) é coberta por planos de assistência médica. A cobertura dos planos odontológicos cresce mais rapidamente e atingiu 8,8% em dezembro de 2011;

- ✓ A variação do número de beneficiários vinculados a planos coletivos novos acompanhou a variação do estoque de pessoas ocupadas entre os anos de 2007 e 2011. Em 2009 e 2011, houve uma forte redução na variação destes beneficiários, embora sempre positiva, em vista da variação do estoque da população ocupada nas seis regiões metropolitanas estudadas, que concentram aproximadamente 47% dos beneficiários vinculados a planos coletivos novos;

- ✓ Em dezembro de 2011, 1.016 operadoras médico-hospitalares e 370 exclusivamente odontológicas possuíam beneficiários. No entanto, o número total de operadoras ativas, com ou sem beneficiários, é decrescente a partir de 2001. A variação do número de beneficiários acompanha a do emprego formal;

- ✓ A variação do número de beneficiários de planos coletivos novos acompanha o desempenho da economia. Em 2011, a taxa de crescimento do PIB Real sofreu desaceleração e isso refletiu diretamente na taxa de crescimento destes beneficiários, mostrando uma forte correlação entre as variáveis;

- ✓ Deflacionadas em relação a 2011, as receitas com contraprestações e as despesas assistenciais das operadoras seguem uma tendência de alta desde 2001. O lucro operacional em termos reais segue uma trajetória de crescimento a partir de 2003, sofrendo pequenas reduções nos anos de 2009 e 2011. Em 2011 a receita das OPS girou em torno de 81,4 bilhões de reais e as despesas 67,1 bilhões de reais;

✓ O índice de reclamações contra OPS, junto a ANS evidencia uma tendência de crescimento, podendo estar associado a mudanças nas formas de acesso aos canais de reclamação disponibilizados pela ANS (novo site, por exemplo) e à recente entrada em vigor da RN 259 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011a) que dispõe sobre a garantia de atendimento aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde;

✓ Dos mais de cinco mil hospitais cadastrados no Ministério da Saúde (CNES), 29,2% atendem a planos privados. Em outros tipos de estabelecimentos estes percentuais variam entre 10,8% (pronto-socorro geral) e 57,9% (consultórios isolados).

Nesse cenário, os Planos de Saúde geram 91% das receitas dos hospitais particulares e 95% do faturamento dos centros diagnósticos, segundo a revista Exame, (2004), citando, à época, o vice-presidente da ANAHP (PADUAN, 2004). Segundo notícia publicada em O Globo de 31/05/2012, na coluna Negócios & Cia, os 15 grupos associados à Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE) realizaram cerca de 100 milhões de consultas em 2011, com despesas médicas assistenciais de R\$25,65 bilhões, com alta de 20% em relação a 2010, fato que espelha a representatividade que as OPS têm para a viabilidade dos serviços de saúde. A interdependência para a sustentabilidade dos atores do sistema de saúde suplementar, até o momento, não se refletiu em acordos voltados a ganhos mútuos; ao contrário as relações são conflituosas e corporativistas.

O setor de saúde, em geral, apresenta consumo peculiar, indireto. Várias etapas são processadas por pessoas diferentes, e em locais diferentes previamente ao consumo de serviços. O consumidor, por vezes, não pode utilizar serviços, sem análises por outra parte e autorizações. O uso de serviços depende, portanto, de outros atores, daqueles habilitados a solicitar o procedimento, o exame ou outro serviço e, comumente, de autorizações das OPS. Não há constância no uso dos serviços, que depende de fatores externos, por vezes sazonais, como epidemias, portanto, existe utilização variável e de baixa previsibilidade. Existem regras, estabelecidas por contratos e pela cobertura, que se interpõem, por vezes, à necessidade real ou percebida por beneficiários, em busca de serviços de saúde. Há um desequilíbrio de forças; o beneficiário, em especial o individual e o profissional de saúde, isoladamente, tem menor poder de enfrentamento com as OPS. O setor de a Saúde Suplementar evolui para concentração, à medida que as 10 maiores

operadoras detêm 32% dos beneficiários de planos de assistência médica. Isto ocasiona um desequilíbrio de forças, entre Planos de Saúde e provedores, fato somado a que algumas operadoras de menor porte são dominantes em suas respectivas áreas de atuação (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012).

A tecnologia em saúde é de caráter cumulativo; ao contrário de outros setores, as inovações tecnológicas não fazem desaparecer tecnologias prévias, em especial de diagnóstico, um dos fatores contributivos para os custos crescentes na saúde. O consumo de serviços de saúde, geralmente, não cria satisfação. Contrariamente ao consumo tradicional, as pessoas não se dão por felizes ao se valerem de serviços de saúde, para tratamento. Nem sempre a utilização dos serviços de saúde é racional, seguindo diretrizes e protocolos; profissionais de saúde indicam exames e procedimentos, por vezes desnecessários, por “falta de tempo” para um exame clínico adequado, ou por defensivismo. Os usuários, por seu turno, realizam ou repetem procedimentos, aos seus respectivos arbítrios. Sendo o sistema mutualista e baseado em cálculos atuariais, percebe-se a negativa influência destas situações. O clipping de notícias da UOL, de 16/11/10, publica declarações do presidente da ABRAMGE, Arlindo Almeida:

A Saúde Suplementar no Brasil tem hoje um custo muito alto, como acontece em todo o mundo e, somente com a vigilância dos custos dos serviços prestados, será possível manter o negócio das empresas de Planos de Saúde sustentável. Os prestadores de saúde ainda praticam internações e exames desnecessários aos clientes, o que gera um custo muito alto para as operadoras de planos (UOL, 2010).

Ao contrário de outros produtos, a utilização em saúde, faz parte de um ciclo que não barateia o produto, ao contrário; quanto mais se usa, maior o custo. Vem o setor de saúde, em geral, experimentando custos crescentes, causados pela agregação desse e de alguns outros fatores. A sinistralidade (resultante do cálculo da despesa assistencial sobre a receita de contraprestações) tem sido elevada, acima da expectativa de 70% das OPS, variando por modalidade de OPS entre 77% a 92%, excetuando-se os Planos de Saúde de Hospitais Filantrópicos, com sinistralidade em torno de 53%, mas que atendem planos bastante limitados em cobertura, e em número de beneficiários. Como causa da elevada sinistralidade tem-

se, entre outros, o envelhecimento da população, fenômeno este mundial. Esse fenômeno impacta, diretamente, os custos com a saúde.

Estudos do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) mostram que o custo com saúde aumenta na proporção em que as pessoas vão envelhecendo. Segundo dado da ANS existe uma maior participação de idosos nos Planos de Saúde do que na população brasileira, o que é o grande desafio para o financiamento do sistema suplementar. Cerca de 11% de beneficiários dos Planos de Saúde são pessoas com mais de 60 anos, contra uma marca de 10% de total de idosos na população. Os dados estudados pelo IESS mostram que, de 2000 a 2009, a participação desse público em Planos de Saúde cresceu cerca de 46%, enquanto o total de beneficiários como um todo, 34%. Os dados da Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCHM) que é o total das despesas financiadas pelas operadoras de planos e seguros de saúde para os planos individuais, criado pelo IESS, e que é um índice que mede a variação anual destas despesas, mostram uma participação de idosos de 22%, onde a mostra contém apenas planos individuais. (INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR, 2010).

Nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% da população ao final deste período. Em 2000, segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de 60 anos ou mais de idade era de 14.536.029 de pessoas, contra 10.722.705 em 1991. O peso relativo da população idosa no início da década representava 7,3%, enquanto, em 2000, essa proporção atingia 8,6% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005).

É fato que a sinistralidade aumenta com a elevação da faixa etária. Segundo dados da ANS em 2010, quanto maior a proporção de idosos na carteira, maior a taxa de sinistralidade das operadoras. Operadoras com menos de 10% de idosos apresentaram sinistralidade média de 79,1%. Já as operadoras com mais de 50% de idosos apresentaram uma sinistralidade média de 90,9%. A análise da ANS também mostrou uma composição das despesas assistências que varia de acordo com a participação de idosos. Para operadoras com até 10% de idosos, os custos assistenciais alcançaram R\$ 1.059,66 per capita, já para operadoras com mais de 50% de idosos, as despesas assistenciais somaram R\$ 2.565,19 *per capita*. As despesas assistenciais per capita são quase 2,5 maiores nas operadoras com maior

proporção de beneficiários idosos (INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR, 2010).

Doenças sociais como drogas, álcool e fumo, e o aparecimento de patologias novas como a AIDS, encarecem cada vez mais a assistência à saúde. Pode-se ainda acrescentar a este rol, a depressão e a obesidade. Segundo estudos realizados entre 2005 e 2006, nos EUA, por pesquisadoras do *Center of Diseases Control* (CDC), o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos, 5,4% dos americanos, com 12 anos de idade ou mais, sofrem de depressão corrente (PRATTY; BRODY, 2006). Quanto à obesidade e suas conseqüências, vive-se uma verdadeira epidemia. O mesmo CDC, em publicação de junho de 2010, demonstra que, na faixa etária de 20 a 74 anos, em 1960 havia 31,5% de americanos com sobrepeso, 13,4% de obesos e 0,9% com obesidade extrema; entre 2005 a 2006, esses percentuais passaram a ser de 32,2%, 35,1% e 6,20%, respectivamente (OGDEN; CARROLL, 2010).

No Brasil, a situação se agrava, à medida que o país apresenta características de todos os modelos epidemiológicos, sendo evidente o período de transição epidemiológica que atravessa. Apresenta, assim, doenças características de países de baixa renda, como diarreia e subnutrição, e outras doenças, típicas de países com populações mais velhas, como as crônicas e degenerativas. A abordagem desses dois grupos de doenças requer maior esforço por parte dos programas de saúde e, conseqüentemente, maior despesa. Conseqüente a esses e outros fatores, a inflação médica tem sido superior à inflação geral medida pelos índices oficiais. A variação dos custos médico-hospitalares *per capita* das OPS (VCMH) calculado pelo IESS foi de 12,5% no período de 12 meses terminados em setembro de 2009 em relação aos 12 meses terminados em setembro de 2008. O índice VCMH esteve bem acima da inflação; a variação do índice IPCA, no mesmo período, foi de 5,4%. Esta também tem sido a experiência vivida em outros países. A despesa per capita com saúde na sociedade americana, por exemplo, tem crescido sistematicamente acima da inflação de preços ao consumidor, e acima dos ganhos salariais nos últimos 30 anos (CECHIN; MARTINS; LEITE, 2009). Outro fator relacionado aos custos crescentes é remuneração por serviços, forma pela qual os profissionais de saúde recebem das OPS. A remuneração por serviços, independente dos resultados, pode se constituir num estímulo consciente ou não, de produção de mais serviços, nem sempre adequados.

Como já citado, a incorporação de novas tecnologias ao setor de saúde e, nem sempre utilizadas com a melhor eficiência, se agrega a tecnologias anteriores, portanto não abandonadas, e esse caráter cumulativo leva a custos crescentes. Segundo o IESS, a incorporação de tecnologias, associada às novas técnicas e ao maior desenvolvimento de habilidades por parte dos cirurgiões, tem trazido mudanças na forma de abordagem e tratamento de determinadas patologias. Essas novas tecnologias oferecem vantagens flagrantes na qualidade de vida do paciente, mas também custam mais.

A ANS vem determinando a incorporação de procedimentos ao rol de cobertura dos Planos de Saúde, ampliando a cobertura de procedimentos. Segundo a ANS o impacto financeiro não é alto, contrapondo-se as considerações contrárias das OPS. Segundo Almeida, presidente da ABRAMGE, as imposições da ANS inviabilizarão as pequenas e médias operadoras (ALMEIDA, 2012).

Em resumo, pode-se dizer que o setor de Saúde Suplementar, desde sua origem, não foi avaliado, voluntariamente, não obstante suas particularidades tão marcantes. A regulamentação, indiscutivelmente, importante e fundamental, por si só não é capaz de assegurar a qualidade específica das OPS. Tanto assim, que a própria ANS passa a estimular um processo voluntário de avaliação para acreditação de OPS. A acreditação longe de ser uma “panacéia” capaz de resolver todos os conflitos é, sem dúvida, um modo de distender as relações, a partir da iniciativa das OPS, desde que obtida por avaliações que considerem dimensões múltiplas da qualidade em saúde, através de padrões reconhecidos de qualidade. Indubitavelmente uma avaliação de OPS deve considerar dimensões técnicas (resultados) e perceptivas dos beneficiários. Estas dimensões devem conter padrões relativos à ética, seleção e treinamento de provedores, relações institucionais, gestão dos Planos de Saúde, direitos e deveres dos beneficiários e dos provedores, comunicação e informação e, evidentemente, a adequação dos serviços para os beneficiários.

1.2 A ACREDITAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

A atual *The Joint Commission* é a agência avaliadora e acreditadora de instituições de saúde mais antiga no mundo. Possui uma subsidiária, a *Joint*

Commission International que, ao contrário da empresa mãe que realiza avaliações apenas nos Estados Unidos, avalia instituições de saúde fora dos Estados Unidos.

A iniciativa de acreditação em saúde partiu do *American College of Surgeons*, ou Colégio Médico Americano, com base na teoria do Prof. Ernest Codman (1910) do *End Result Theory*, ou Teoria dos Resultados Finais (CODMAN, 1966).

A iniciativa mais antiga no campo da acreditação em saúde foi a criação da *Joint Commission for Accreditation on HealthCare Organizations* (JCAHO) nos Estados Unidos da América em 1951, a qual buscava, através da avaliação de hospitais, laboratórios e clínicas, identificar os mecanismos para alcançar a excelência na prestação de cuidados, de forma segura, eficaz e custo-efetivo para os cidadãos. Atualmente a *Joint Commission*, como instituição independente e sem fins lucrativos, avalia e acredita mais de 18.000 organizações e programas de saúde nos Estados Unidos. Para ser acreditada e manter um selo de qualidade, a instituição de saúde deve ser submetida, pelo menos a cada três anos, a uma avaliação, no local, por uma equipe de especialistas da JCAHO e implantar as recomendações dos avaliadores para corrigir eventuais problemas identificados.

O braço internacional da JCAHO, atual *The Joint Commission*, a JCI, tem trabalhado com organizações de saúde públicas e privadas, ministérios da saúde, e organizações globais em mais de 80 países, buscando aumentar a segurança dos cuidados de saúde em nível mundial através da prestação de serviços de certificação e acreditação, bem como através de consultoria e serviços educativos que visam ajudar as organizações de saúde a implantar soluções práticas e sustentáveis (MÉDICI, 2010).

De acordo, ainda, com Médici (2010), atualmente existem padrões internacionais que avaliam a qualidade e capacitação de organismos avaliadores.

Os esforços internacionais para coordenar e criar estândares comuns no campo da avaliação e acreditação hospitalar começaram a crescer desde os anos setenta, ainda que de forma isolada. Mas em 1985, um grupo internacional de profissionais de gestão hospitalar se reuniu em Udine (Itália) para discutir padrões e processos para a garantia de qualidade em saúde, sob influência de Avedis Donabedian. Esta reunião gerou um movimento que, sob a liderança de Peter Reizenstein, criou uma Conferência Anual. Deste esforço surgiu, em 1995, a *International Society for Quality in HealthCare* (ISQUA). Em 1999 a ISQUA estabeleceu o programa internacional de Acreditação (IAP), destinado a acreditar internacionalmente instituições acreditadoras de hospitais e estabelecimentos de saúde, de acordo com os estândares e padrões adotados pela ISQUA. Em setembro de 2010 cerca de 17 organizações internacionais estavam acreditadas pelo IAP para aplicar 28 conjuntos de padrões de acreditação. A ISQUA também supervisiona, ao nível internacional,

seis programas de treinamento de acreditadores de qualidade hospitalar.

Segundo o presidente da JCI, a acreditação se caracteriza pela utilização de métodos efetivos para a avaliação, da conformidade de organizações com padrões estabelecidos; segundo o mesmo, a JCI vem fazendo isso há 60 anos (CHASSIN, 2011). Chassin enfatiza, no mesmo Congresso, que a acreditação não é uma panacéia a resolver todos os problemas com a qualidade. A acreditação de instituições de saúde adquiriu tal importância que agências especializadas em “turismo médico”, listam organismos acreditadores ou certificadores de qualidade, e recomendam a seus clientes que verifiquem se os hospitais que procuram estão acreditados. Uma lista de organismos acreditadores e certificadores de qualidade está, por exemplo, na página eletrônica da *Online Medical Tourism* ou Turismo Médico *Online* (ONLINE MEDICAL TOURISM, [200-?]).

Além da JCI, outras organizações, cada qual com sua metodologia, realizam avaliações para acreditação, como a *Trent Accreditation Scheme* ou Sistema de Acreditação Trent, a *QHA Trent Accreditation* ou QHA Acreditação Trent a *Australian Council for Healthcare Standards International (ACHSI)* ou Conselho Australiano para Padrões Internacionais de Cuidados de Saúde, a *Accreditation Canada* ou Acreditação Canadá, e a *Accreditation of France (La Haute Autorité de Santé)* ou Acreditação da França (Alta Autoridade de Saúde) (WIKIPEDIA, 2012b).

No Brasil reconhece-se a avaliação do Hospital dos Servidores do Estado (HSE), no Rio de Janeiro, como a primeira iniciativa relativa à acreditação de uma instituição hospitalar pública. Por suas inovações técnicas e administrativas o HSE foi reconhecido como o mais avançado hospital público da América Latina por autoridades nacionais e estrangeiras, que lhe conferiram a Classe A no Sistema Internacional de Classificação de Hospitais, na década de 60.

Os primeiros esforços de acreditação hospitalar no Brasil se realizaram a partir no setor público dado ser esse o principal financiador de hospitais no país. Nos anos setenta, com o objetivo de classificar os hospitais quanto à qualidade para efeitos de pagamento diferenciado, o então Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) estabeleceu Regras de Classificação Hospitalar (RECLAR). A ideia de avaliação e classificação hospitalar com o sistema estabelecido se mostrou instável e foi abandonada, sendo retomada somente no final dos anos 1990 quando o Ministério da Saúde cria o “Programa de garantia e aprimoramento da qualidade em saúde”. Deste fato se

desdobram: a criação do “Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde – PACQS”, da Organização Nacional de Acreditação – ONA, e do Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA; esta última filiada à JCAHO (MÉDICI, 2010).

A ONA foi criada por um incentivo do Ministério da Saúde, como “instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação hospitalar no Brasil” (MÉDICI, 2010). De acordo, ainda, com este autor a estruturação de agências avaliadoras e acreditadoras de instituições de saúde remonta, no Brasil, ao ano de 1994.

Em 1994, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões- CBC organizou, juntamente, com a Academia Nacional de Medicina e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – IMS/UERJ, o Seminário de Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade, que contou com a participação de especialistas internacionais. Como fruto deste Seminário, foi criado pelas instituições organizadoras o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde – PACQS, com o objetivo de aprofundar a análise e a implantação de procedimentos, técnicas e instrumentos voltados para acreditação de hospitais e prestar cooperação técnica às instituições de saúde comprometidas com o processo de melhoria contínua da qualidade. O Seminário apontou para três direções principais:

- A criação de uma agência de acreditação não-governamental;
- O desenvolvimento de padrões internacionais e procedimentos para a acreditação de serviços e sistemas de saúde; e
- A disseminação de métodos e procedimentos de gerência de qualidade em saúde.

Em julho de 1997, a Fundação Cesgranrio promoveu no CBC, em conjunto com as instituições participantes do PACQS, a oficina de trabalho "A Acreditação Hospitalar no Contexto da Qualidade em Saúde", com representantes da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO* – a mais antiga organização acreditadora do mundo – e convidados internacionais, para discutir e propor metodologias de avaliação de hospitais com base na experiência internacional de acreditação. Como desdobramento daquele evento, em 1998, foi constituído o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde- CBA (MÉDICI, 2010).

O CBA tem um acordo para Acreditação Internacional conjunta, sendo o representante exclusivo da JCI, no Brasil (MÉDICI, 2010).

O Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, SP, foi o primeiro hospital acreditado pela JCI no mundo, em 1999, já tendo sido reacreditado, até o presente, pela quarta vez.

Ainda que muitos defendam que a acreditação de hospitais deve ser um processo compulsório, na maioria dos países o processo de acreditação é voluntário. São as próprias preferências dos cidadãos, ao exercer sua liberdade de escolha e estar informado sobre a qualidade das instituições de saúde, que levam as mesmas a buscar voluntariamente acreditar-se junto a uma instituição de avaliação de qualidade em saúde.

A vantagem de o processo ser voluntário reside no fato de que, ao ser assim, são as condições reais da concorrência entre as instituições e a divisão da fatia do mercado que aumenta a vontade política e o interesse da gerência e a motivação do staff das instituições hospitalares em se acreditar. Com isso as recomendações dos avaliadores para a acreditação se tornam muito mais consensuadas e o processo de sua implantação passa a ser mais ágil e efetivo (MÉDICI, 2010).

1.3 A ACREDITAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

A história da Acreditação de OPS, assim como a de Hospitais se reporta, também, aos EUA quando, em 1990, surgiu o *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) ou Comitê Nacional para Garantia da Qualidade.

Os Planos de Saúde acreditados passam por um conjunto de mais de 60 padrões e devem prestar contas do seu desempenho em mais de 40 áreas, a fim de ganhar o selo de aprovação do NCQA. Normas mais rigorosas estão sendo desenvolvidos atualmente. Estas normas visam promover a adoção de estratégias para melhorar o atendimento, reduzir custos, pagar provedores com base no desempenho, fornecer aos consumidores mais informação e possibilidades de gestão de saúde e avaliação de desempenho médico.

O NCQA avalia planos que abrangem 109 milhões de americanos, ou 70,5% dos americanos inscritos em Planos de Saúde. Ainda assim, mais de 150.000.000 pessoas permanecem atendidas por Planos de Saúde nos EUA, sem mensuração da qualidade, isto é 57% das pessoas com Planos de Saúde nos EUA estão cobertos por planos sem controle da qualidade clínica (NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE, 2010).

Outro organismo avaliador e acreditador de Planos de Saúde nos Estados Unidos é o *Utilization Review Accreditation Commission* (URAC) ou Comissão para Revisão de Utilização de Acreditação, fundada em 1980. A URAC acredita muitos

tipos de organizações de saúde, incluindo Planos de Saúde, a partir de 1990. Os padrões são estabelecidos por um comitê e a URAC os disponibiliza, em rascunho, para consultas e críticas, antes de publicá-los.

Em 8 de julho de 2008, na sede da ANS, no Rio de Janeiro, foi realizado o seminário “Acreditação: Síntese da Revisão Bibliográfica”. Nesse seminário foram abordados assuntos pertinentes à avaliação e à acreditação de OPS, ocasião em que se considerou a experiência internacional com avaliação e acreditação de OPS em outras partes do mundo. Uma síntese desse seminário foi descrita à Rede Nacional de Advogados Especializados na Área da Saúde, pela assessora da Diretoria de Gestão da ANS, Fátima Siliansky de Andreazzi:

A primeira experiência abordada foi a dos Estados Unidos, cujos membros do órgão responsável pela Acreditação do setor, *National Committee for Quality Assurance* (NCQA), já haviam participado de ciclo de debates na ANS em 2007. Em 1991, a ONG americana começou a acreditar as MCOs (Organizações de Atenção Gerenciada – *Managed Care*) em resposta à necessidade de padronização e informação objetiva sobre a qualidade dos cuidados de saúde destas organizações. O principal objetivo desse processo é ajudar os empregadores e consumidores a optarem por Planos de Saúde baseando-se em qualidade. Apresentando um modelo de saúde bastante diferente do americano e do brasileiro, na Colômbia os empregados autônomos e pensionistas devem se associar a uma Entidade Promotora de Saúde (EPS), que funciona como uma gestora dos recursos destinados à seguridade social, num processo onde os empregados podem escolher a qual EPS se filiar. Estas instituições são acreditadas por uma única entidade selecionada pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo é estimular a competição. O Canadá, à semelhança do Brasil, possui um sistema universal de saúde pública, tendo as operadoras privadas como entidades suplementares. Nesse país, o processo de avaliação das operadoras objetiva garantir segurança, eficiência e confiança na prestação de serviços de saúde. Já na Austrália, a cobertura de saúde privada é considerada a principal maneira de melhorar as opções de escolha de nível de cuidado e quase metade da população australiana possui plano de saúde privado. Lá o processo de acreditação é organizado pelo Ministério da Saúde e visa aumentar a confiança dos consumidores e promover atendimento com melhor qualidade (ANDREAZZI, 2008).

A iniciativa pioneira de acreditação de OPS no Brasil é do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), que em 2009 elaborou, e em 2010 publicou, o primeiro Manual de Padrões para Avaliação de Planos de Saúde (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010). Esta iniciativa teve o apoio da *Joint*

Commission International (JCI), que se associou ao CBA, na validação do Manual de Padrões para Avaliação de Operadoras de Planos de Saúde. Posteriormente, em outubro de 2011, o CBA e a JCI realizaram a avaliação conjunta da Bradesco Saúde, para acreditação.

Após a elaboração do Manual do CBA, a ANS editou e publicou uma resolução normativa, a RN n. 277, que estabelece condições e dimensões, com seus respectivos itens de mensuração, para que OPS sejam avaliadas para acreditação, voluntariamente (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011c). A ANS tem incentivado as OPS a se submeterem a processos de acreditação, desde 2009. A mesma ANS estabeleceu um *ranking* das OPS, através de um processo que avalia os Planos de Saúde através de dimensões cujos níveis de conformidade são atribuídos pela verificação de dados e de documentos enviados a ANS. A importância desta avaliação é incontestável, mas insuficiente, sendo a própria ANS incentivadora de um processo de avaliação bem mais amplo, como reza a própria e citada RN n. 277 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011c). A ANS, ainda, estimula as OPS para que se submetam a avaliações de seus programas de gerenciamento de crônicos, não se constituindo esse tipo de avaliação, em uma avaliação das OPS e sim, apenas, dos seus programas de gerenciamento de crônicos.

Ainda com objetivo de avaliar OPS, o CBA elaborou mais uma metodologia avaliativa que atendeu as determinações da RN n. 277 da ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011c) e para isso criou o Manual do CBA para Avaliação de Operadoras de Planos de Saúde Metodologia II (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2011). O CBA foi homologado em março de 2012, pela ANS, para avaliar e acreditar OPS.

De acordo com informações pessoais prestadas pela Coordenação de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde (CAOPS) do CBA, durante o período compreendido entre 21 e 22 de maio de 2012 a Bradesco Saúde submeteu-se, voluntariamente, a uma avaliação conduzida por avaliadores do CBA, através da metodologia baseada na RN n. 277 da ANS e obteve a outorga de acreditação em nível I (máximo). (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011c).

Segundo comunicação pessoal da Dra. Maria Manuela A. P. Santos, superintendente do CBA, a acreditação de OPS deve ser um processo voluntário.

A acreditação de OPS, como a de instituições de saúde, é um processo voluntário e contínuo visando à melhoria dos cuidados prestados pelas organizações que a ele aderem. Resulta do comprometimento da instituição com a melhoria contínua de seu desempenho e da participação do CBA, em atividades de educação, preparação e avaliação dos serviços existentes. Quando uma instituição se candidata à acreditação ela inicia o processo e através do desenvolvimento de diferentes etapas, constrói de modo articulado e integrado o caminho até a acreditação (SANTOS, 2012).

1.4 OBJETIVO DO ESTUDO

O objetivo do presente estudo é avaliar a adequação dos serviços prestados pela Bradesco Saúde aos seus beneficiários, em dois momentos. O primeiro, quando da avaliação diagnóstica, ocorrida no período de 13 a 16 de setembro de 2010, nesta seguradora de saúde, como parte do processo de sua preparação, para a avaliação final, de acreditação internacional, pelo CBA, em conjunto com a JCI. Esta avaliação foi conduzida por especialistas do CBA, teve caráter predominantemente formativo e foi centrada nos participantes. O segundo momento foi o da avaliação para acreditação internacional CBA, ocorrido entre 3 e 5 de outubro de 2011, isto é, cerca de um ano após a avaliação diagnóstica. A avaliação de acreditação assemelha-se à diagnóstica, porém com caráter predominantemente somativo. Foi realizada por especialistas do CBA e da JCI.

O autor participou de ambas as avaliações; na diagnóstica como avaliador líder, e na de acreditação, como observador.

A adequação dos serviços de saúde prestados pela rede das OPS é avaliada pelos beneficiários, geralmente, através da capacidade que o Plano de Saúde tem em atender a demanda de serviços. A percepção sobre a qualidade do Plano de Saúde é fortemente considerada por esse aspecto.

A partir de 19 de dezembro de 2011, as OPS passaram a ter que garantir aos seus beneficiários o atendimento às consultas, exames e cirurgias nos prazos máximos definidos pela ANS, que vão de três a 21 dias, dependendo do procedimento, contados da sua solicitação junto à operadora. As regras estão dispostas na Resolução Normativa n. 259, publicada em junho de 2011 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011a). Fica patente que a resolução objetiva, também, estimular as OPS a promover o credenciamento de prestadores de serviços nos municípios que fazem parte de sua área de cobertura. A resolução

determina que a operadora ofereça pelo menos um serviço ou profissional em cada área contratada, mas não garante que a alternativa seja a de escolha do beneficiário. A resolução prevê a garantia de transporte do consumidor caso não haja oferta de rede credenciada em seu município e nos municípios limítrofes. Onde não existirem prestadores para credenciamento, a operadora poderá oferecer a rede assistencial nos municípios vizinhos que pertençam a sua região de saúde. Nos casos de urgência e emergência a OPS deverá oferecer o atendimento, invariavelmente, no município onde foi demandado ou se responsabilizar pelo transporte do beneficiário até o credenciado mais próximo.

Não obstante a determinação de prazos para marcação de serviços de saúde, a mídia tem divulgado o não atendimento aos prazos estipulados, por parte de algumas OPS.

Indubitavelmente a adequação da rede de serviços de uma OPS deve ser avaliada pela sua capacidade de atender (oferta) a demanda de serviços em prazos compatíveis, e que não exponham os beneficiários a riscos ou agravos à saúde. Por outro lado há que se ter uma avaliação da rede de serviços de saúde através de parâmetros avaliativos que considerem a qualidade dos serviços prestados.

Além da capacidade de oferta de serviços, para atender a demanda considera-se, nesse estudo, como adequação da rede de serviços de uma OPS, o monitoramento qualitativo que a OPS faz de sua rede, os critérios técnicos para a configuração da rede, para a manutenção e substituições, os serviços prestados considerando-se necessidades especiais de grupos de beneficiários, além de outros itens avaliativos específicos oportunamente descritos.

1.5 QUESTÕES AVALIATIVAS

Considerando-se as avaliações ocorridas nas fases de diagnóstico e de acreditação internacional da Bradesco Saúde, formulam-se duas questões avaliativas:

1) Em que nível de adequação os serviços de saúde da Bradesco Saúde encontravam-se durante as avaliações diagnósticas e para acreditação internacional?

2) Havia diferenças nas conformidades observadas quanto à adequação dos serviços de saúde da Bradesco Saúde nas avaliações diagnósticas e para acreditação internacional?

2 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

2.1 O MANUAL DE ACREDITAÇÃO

O presente estudo se prende, exclusivamente, ao primeiro manual elaborado pelo CBA, para avaliação de acreditação de OPS (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010). Nele existem funções, que possuem padrões, propósitos (razão de ser do padrão/relevância do padrão) e elementos de mensuração, que estabelecem a conformidade com os padrões. Constam, ainda, do Manual uma lista de indicadores de qualidade, que o Plano de Saúde deve medir, assim como uma pesquisa da satisfação dos beneficiários, que o Plano de Saúde necessita realizar, seguindo o padrão determinado pelo Manual.

O CBA iniciou a elaboração do Manual em 2009 (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010), a partir da identificação da necessidade dos Planos de Saúde serem avaliados por padrões máximos de excelência de qualidade. Motivou o CBA a criar uma metodologia para avaliação e acreditação de OPS, a inexistência no nosso país, de um organismo especializado para isso, mesmo diante de tudo já exposto e reiterado, em relação às OPS, desde sua importância no atendimento a milhões de beneficiários, até a imbricada e conflituosa rede de relacionamento com os *stakeholders* do sistema, sobretudo a falta de avaliação sistemática da qualidade das OPS. Para isso o CBA se preocupou em criar uma metodologia e instrumentos avaliativos; organizou um grupo de trabalho constituído por especialistas, para então elaborar os instrumentos avaliativos. Com esse objetivo, o autor desse estudo, como especialista do CBA, foi a Washington, onde participou de um curso sobre avaliação de Planos de Saúde, ministrado pelo NCQA.

Na elaboração do Manual de avaliação foram considerados, para o estabelecimento de padrões, aspectos de relevância no relacionamento das OPS com sua comunidade: direitos dos beneficiários e familiares, adequação dos serviços de saúde contratados, gerenciamento da operação do plano de saúde, gerenciamento da qualidade, critérios para seleção da rede de serviços, educação da rede de serviços, educação em saúde para beneficiários e familiares e gerenciamento de doenças crônicas e o gerenciamento da comunicação do plano de saúde com sua comunidade. Uma vez construído, o Manual foi validado a partir de uma avaliação simulada realizada de 11 a 13 de setembro de 2009 na Bradesco

Saúde. Participaram desta avaliação dois técnicos especialistas em avaliação do CBA, o coordenador de acreditação de OPS do CBA e um dirigente sênior da JCI, o Dr. Paul VanOstenberg, especialista em acreditação em saúde e possuidor de grande experiência em elaboração de manuais para avaliação.

Esta avaliação foi centrada nos participantes, conduzida pelos especialistas do CBA e utilizou como instrumento avaliativo a versão original do Manual. Os especialistas do CBA e os participantes consideraram que o instrumento avaliativo atendia às necessidades para que uma OPS fosse avaliada. Foram, a seguir, feitos ajustes no Manual, a partir das observações extraídas da avaliação simulada, após reuniões de trabalho com especialistas do CBA e com o Dr. Paul VanOstenberg, da JCI.

Desse modo, o Manual foi concluído, e em 2010 catalogado obtendo o ISBN 978-85-61459-04-8 (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010). Uma versão em inglês foi providenciada e entregue à JCI.

Foram também estabelecidas as regras de decisão para que uma OPS avaliada fosse acreditada o que, em termos gerais, determina que a OPS tenha conformidade agregada com os padrões das funções do Manual, indicadores de qualidade e com a pesquisa de satisfação dos beneficiários (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Para a avaliação de conformidade de cada elemento de mensuração (EM), de cada padrão, foram estabelecidas quatro possibilidades: totalmente conforme, parcialmente conforme, não conforme ou não aplicável. Quando a resposta para os requisitos específicos do elemento de mensuração for sim ou sempre ou ocorrer em 90 a 100% das vezes, o EM será considerado conforme. Quando a resposta para os requisitos específicos do EM for geralmente ou às vezes ou ocorrer em 50 a 89% das vezes o EM será considerado parcialmente conforme e quando ocorrer raramente ou nunca ou menos que 49,90% das vezes, não conforme. Quando um EM não for aplicável, não é considerado.

Cada padrão das funções apresenta expectativas, a partir de sua conformidade, inerentes à melhoria da qualidade e à segurança dos cuidados prestados, direta ou indiretamente, pela OPS aos seus beneficiários.

São as seguintes as funções do Manual: Direitos dos Beneficiários e Familiares; Adequação dos Serviços para os Beneficiários; Gerenciamento do Plano de Saúde; Gerenciamento e Melhoria da Qualidade; Seleção e Educação da Rede

de Provedores e Serviços; Educação em Saúde de Beneficiários e de Familiares; e Gerenciamento da Informação e Comunicação. Estas funções se agregam aos Indicadores de Qualidade para Avaliação de Planos de Saúde e com a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde, que apresentam, igualmente, expectativas para a melhoria da qualidade e à segurança dos cuidados, como instrumentos avaliativos, genericamente, chamado de Manual (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

2.2 DIREITOS DOS BENEFICIÁRIOS E FAMILIARES

Nessa função do Manual (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010) são destacáveis como objetivos a cobertura contratual, e a verificação do entendimento do beneficiário sobre esta; o apoio aos direitos e responsabilidades dos beneficiários, por parte da OPS; o fornecimento de informações suficientes aos beneficiários para que eles possam ter pronto acesso aos serviços e a canais para reclamações e esclarecimentos, assim como de informações sobre reajustes e cobranças extras; o fornecimento de tratamento ético, atencioso e respeitoso, de acordo com os valores e crenças individuais e sem quaisquer formas discriminatórias; o relacionamento com os beneficiários balizado por um Código de Ética Institucional.

Uma das queixas frequentes dos beneficiários deve-se ao não entendimento sobre seus direitos contratuais. Isto os leva a escolherem OPS com coberturas inadequadas às expectativas e necessidades ou a procura por serviços “não cobertos” Uma vez que a OPS ofereça aos beneficiários um processo para que estes entendam a cobertura contratual, e que este processo seja avaliado, isto é, haja uma verificação de sua efetividade, espera-se que este ponto de possível colisão entre OPS e beneficiários seja evitado.

Inadequada informação sobre como e aonde ser atendido faz com que beneficiários percam tempo, retardem o atendimento, gerando prejuízos e insatisfações. A OPS que dispor de efetiva comunicação com seus membros e mantiver canais abertos para reclamações e sugestões, uma vez utilizando-se das informações recebidas, para melhorias, certamente diminuirá conflitos nesta esfera. À frente de reclamações de beneficiários estão os reajustes e cobranças extras, por

serviços não cobertos, como acomodações de padrão superior. Beneficiários bem informados serão menos surpreendidos por estas situações.

Espera-se, certamente que haja respeito às individualidades, aos valores e crenças dos beneficiários. A postura dos colaboradores de uma OPS deve ser balizada por um Código de Ética Institucional e eventuais infrações analisadas por um Comitê de Ética. Imagina-se assim, que beneficiários podem manter em nível da OPS, situações que poderiam levar a outras estâncias, como a Conselhos e à Justiça.

2.3 A ADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA OS BENEFICIÁRIOS

São destacáveis como objetivos desta função, o fornecimento de informação suficiente para que o beneficiário decida se o escopo do plano de saúde o atende; o conhecimento por parte dos beneficiários sobre o dimensionamento e monitoramento da rede; o conhecimento dos critérios de dimensionamento quantitativo e qualitativo da rede (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Interesses e necessidades pessoais podem estar fora do escopo do Plano de Saúde, sem que o beneficiário disso se aperceba. O plano de saúde deve esclarecer aos futuros beneficiários sobre cobertura, exclusões, locais de atendimento, copagamentos, composição e distribuição da rede. Uma vez adequadamente esclarecidos, futuros beneficiários farão uma escolha mais consciente, capaz realmente de verificar se seus interesses e necessidades podem ser atendidos pelo escopo da OPS escolhida. Há expectativa que este procedimento reduza as queixas de beneficiários quando se veem frustrados por não terem cobertura para determinados serviços ou a abrangência geográfica que imaginavam. A OPS deve constituir, portanto sua rede de serviços, para atender quantitativa e qualitativamente ao perfil demográfico e nosológico de seus beneficiários.

2.4 GERENCIAMENTO DO PLANO DE SAÚDE

No Manual são destacáveis como objetivos desta função, a estruturação do gerenciamento geral e a supervisão do plano de saúde; o estabelecimento da missão da OPS; a definição de responsabilidades para aprovação de políticas e

planos; a definição de responsabilidades para alocação de recursos pela OPS (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Aqueles que governam, gerenciam e dirigem um plano de saúde têm tanto autoridade quanto responsabilidade. Eles são responsáveis, individual ou coletivamente, pela conformidade com as leis e regulamentos, perante seus beneficiários.

Ao longo do tempo, a liderança efetiva ajuda a superar barreiras e problemas de comunicação percebidos entre os departamentos e outros locais da organização, e esta se torna mais eficiente e efetiva. Os serviços se tornam cada vez mais integrados. Em especial, a integração de todas as atividades de gerenciamento e melhoria da qualidade na OPS acarreta melhores resultados para o beneficiário.

O eficiente gerenciamento é condição *sine qua non* para que a OPS possa atender parte de suas expectativas, entre as quais a de “resultados”. Uma vez que o adequado gerenciamento reflita em boa qualidade do atendimento e de outras demandas, espera-se que a conformidade com esta função seja importante fator redutor de conflitos entre OPS, beneficiários, prestadores, provedores e com a agência reguladora.

2.5 GERENCIAMENTO DA QUALIDADE

São destacáveis como objetivos desta função, a existência de estrutura funcional para gerenciamento da qualidade; o planejamento e monitoramento de um programa de qualidade e melhoria; o monitoramento e análise de informações sobre ações preventivas e terapêuticas; a agregação de dados e relacionamento com distintos beneficiários; a obtenção de dados e informações da utilização da rede de serviços, pela OPS, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida e do estado funcional dos seus beneficiários (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Espera-se que os líderes de uma OPS planejem a estrutura global da organização para o gerenciamento e melhoria da qualidade e disponibilizem estrutura adequada para o gerenciamento da qualidade do plano de saúde. O programa deve incluir os diversos setores e serviços e todas as atividades de qualidade relacionadas, como a análise de indicadores e o cotejamento dos mesmos com outras instituições. O estabelecimento de prioridades é necessário, pois existem

mais oportunidades de melhoria de qualidade do que é possível atender com os recursos humanos e outros existentes. Portanto, o plano de saúde deve estabelecer o foco das atividades de monitoramento e melhoria da qualidade como procedimentos assistenciais críticos, de alto risco, crônicos e aqueles com propensão a problemas. O papel de beneficiários e prestadores, como fornecedores de dados para a definição de prioridades, é extremamente valioso. A comparação entre os resultados dos diversos prestadores do Plano de Saúde é importante para ações dirigidas à uniformização, a educação, treinamento, correção e reSeleção. Dados de base externos, quando disponíveis, devem ser usados. As melhorias alcançadas espelham a efetividade do programa e devem ser acompanhadas.

Um adequado programa de qualidade permitirá a OPS selecionar beneficiários que necessitam de cuidados especiais, entre eles pacientes crônicos, que devem ser estimulados a participarem de um programa de gerenciamento de crônicos e de melhoria da qualidade de vida. Isto permitirá uma melhor utilização dos recursos da OPS, atenuando a utilização exagerada e inadequada, queixa comum das OPS. À medida que as OPS possuam indicadores de qualidade e comparem seus resultados, esperam-se medidas para melhorar a eficiência e que possam refletir na satisfação de prestadores, provedores e beneficiários, além do atendimento a determinações de órgãos regulamentadores.

Dados e informações podem ensejar protocolos e condutas consensuadas, diminuindo a queixa referente a interferências das operadoras na conduta dos profissionais.

2.6 SELEÇÃO E EDUCAÇÃO DA REDE DE PROVEDORES E SERVIÇOS

Nessa função do Manual (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010), são destacáveis como objetivos a existência de políticas ou procedimentos, que estabeleçam como devem ser realizadas a seleção, a manutenção, reSeleção, expansão e a educação de profissionais; os critérios para contratação e manutenção de profissionais e de serviços; a promoção de atividades educativas para profissionais e membros da rede de serviços da OPS; e a avaliação das credenciais de profissionais e de serviços.

Beneficiários se queixam da rotatividade e do descredenciamento de profissionais de saúde, o que ocasiona descontinuidade e prejuízos ao

acompanhamento e tratamento. Profissionais de saúde se queixam da falta de critério de seleção para a rede e da falta de envolvimento das OPS na educação e treinamento dos membros da rede da OPS. Beneficiários não estão informados, regra geral, do *modus operandi* da OPS para selecionar profissionais, e se a OPS avalia, adequadamente, as credenciais dos profissionais de saúde.

Espera-se, portanto, que uma OPS realize seleção de profissionais e de serviços da forma adequada através de um processo/procedimento colaborativo, coordenado, eficiente e uniforme. Também é essencial documentar as habilidades, o conhecimento, a formação, a experiência prévia e referências do candidato e avaliar o desempenho de serviços, tanto para sua inclusão, como para sua manutenção na rede de serviços. É especialmente importante avaliar, cuidadosamente, as credenciais dos profissionais e dos serviços envolvidos com a assistência.

Os Planos de Saúde devem dar oportunidade e suporte aos profissionais para aprendizado e progresso. Com isso, espera-se que atendimentos inadequados possam diminuir.

2.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE BENEFICIÁRIOS E FAMILIARES

São destacáveis como objetivos desta função do Manual (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010), a disponibilização de educação para beneficiários; a educação em saúde, e para a promoção de saúde para os beneficiários, de acordo com suas características; e a educação para que beneficiários utilizem adequadamente os serviços, incluindo a educação sobre direitos quando são pacientes.

A educação do beneficiário e de seus familiares colabora para melhores resultados e para que as pessoas tomem decisões conscientes, além de uma melhor utilização dos serviços do plano de saúde. Diversos profissionais do plano de saúde podem e devem educar os beneficiários e seus familiares. Isto ocorre quando o paciente interage com os profissionais de saúde. Outros educam à medida que prestam serviços específicos como reabilitação ou terapia nutricional ou quando preparam o paciente para a alta e a continuidade do cuidado. Como muitos profissionais ajudam a educar os beneficiários e familiares, é importante que os profissionais coordenem suas atividades, mantendo o foco naquilo que o beneficiário precisa aprender.

A educação efetiva em um plano de saúde deve empregar formatos eletrônicos e visuais disponíveis, e uma variedade de técnicas, como ensino à distância e outras.

A educação de uma carteira de beneficiários de uma OPS deve estar baseada no perfil demográfico e nosológico da mesma. Pode ser feita de maneira individual, através dos próprios prestadores ou coletivamente, através de programas específicos.

Educação pode ser fornecida para autoavaliações, e no sentido de promoção e de melhoria da saúde.

2.8 GERENCIAMENTO DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

São destacáveis como objetivos desta função, a identificação das necessidades de informação dos atores do Sistema de Saúde Suplementar; a elaboração de um sistema de gerenciamento de informação; a definição e coleta de dados e informações; a análise e transformação de dados em informações; a divulgação de dados e informações aos envolvidos no sistema; a integralização e utilização das informações; e a comunicação com a comunidade (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Alguns conflitos com beneficiários são ocasionados pela inadequada ou insuficiente comunicação, seja sobre a cobertura de contratos, pontos de atendimento e de serviços e mudanças na da rede de serviços da OPS. Para profissionais de saúde e provedores, emergem insatisfações quando a OPS altera datas de pagamento, muda processos, como o de autorização para procedimentos, realiza “glosas”, estabelece novos tramites burocráticos, etc. A comunicação de um plano de saúde se dá com contratantes e beneficiários individuais e coletivos, profissionais de saúde, hospitais, clínicas, serviços, agências reguladoras, órgãos de classe, mídia, entre outros. As falhas de comunicação podem deteriorar o relacionamento com esses atores.

Para coordenar, integrar e prestar serviços, os Planos de Saúde dependem de informação científica, informação sobre os beneficiários, sobre os cuidados prestados, os resultados do cuidado, e sobre o seu próprio desempenho. Da mesma forma que os recursos humanos, materiais e financeiros, a informação é um recurso que deve ser gerenciado pelos líderes do plano de saúde, de maneira eficaz. Todo

plano de saúde deve procurar obter, gerenciar e utilizar a informação para melhorar os resultados do cuidado, bem como o seu desempenho global.

Ao longo do tempo, uma OPS deve se tornar mais eficaz em: identificar as necessidades de informação; elaborar um sistema de gerenciamento de informação; definir e coletar dados e informações; analisar e transformar dados em informações; divulgar dados e informações; e integrar e utilizar informações. Portanto, uma OPS deve se comunicar, adequadamente, com seus *stakeholders* e com a comunidade, em geral.

2.9 INDICADORES DE QUALIDADE PARA AVALIAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Os indicadores de qualidade estão divididos por dimensões, a saber: Dimensão Efetividade do Cuidado; Dimensão Utilização de Serviços; Dimensão Informação Descritiva do Plano de Saúde; e Dimensão Estabilidade do Plano de Saúde (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

A Dimensão Efetividade do Cuidado apresenta indicadores voltados para a análise da qualidade clínica do atendimento prestado pelo Plano de Saúde.

Os indicadores da Dimensão Utilização de Serviços analisam como os serviços que o plano de saúde disponibiliza para sua população de beneficiários são demandados e gerenciados. A Dimensão Informação Descritiva do Plano de Saúde fornece informações sobre a estrutura da organização, pessoal e inscrição de beneficiários, fatores que contribuem para a sua capacidade de fornecer cuidados de saúde eficazes. A Dimensão Estabilidade do Plano de Saúde tem ênfase na segurança que a população beneficiária deve ter em relação ao equilíbrio mercadológico do plano de saúde escolhido.

Os indicadores compreendem 24 medidas, dentro das dimensões, e alguns indicadores do Programa de Qualificação da saúde Suplementar, elaborado pela ANS, do Ministério da Saúde, foram incluídos no rol.

Futuramente o CBA e a JCI esperam ter um banco de dados de indicadores de OPS em avaliação, para então definir metas para cada indicador.

São indicadores da Dimensão Efetividade do Cuidado: rastreamento do câncer de mama; rastreamento de câncer de colo uterino; rastreamento de câncer colorretal; proporção de pacientes com problemas cardiovasculares e com exame de colesterol e taxa de internação por diabetes mellitus.

São indicadores da Dimensão Utilização de Serviços: proporção de crianças com atendimento pediátrico nos primeiros 18 meses de vida; proporção de crianças com atendimento pediátrico nos 3º, 4º, 5º e 6º anos de vida; frequência de procedimentos selecionados; cuidado ambulatorial; taxa de internação hospitalar por beneficiários; taxa de internação por beneficiários de longa permanência; proporção de beneficiários utilizando serviços de saúde mental; proporção de beneficiários que utilizam serviços de controle de dependência química; cuidados pré-natais e pós-parto; abandono de chamadas telefônicas ao *Call Center* do Plano de Saúde; presteza na resposta a chamadas telefônicas; proporção de parto cesáreo; taxa de Internação de beneficiários na Rede Hospitalar do SUS; e taxa de internação de zero a cinco anos por causas selecionadas.

São indicadores da Dimensão Informação Descritiva do Plano de Saúde: proporção de médicos com certificados de especialização; percentual de inscrições por linha de produto; e percentual de inscrições de beneficiários por Estado.

A metodologia do CBA, estabelecida pelo Manual para avaliação de OPS (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010), define os seguintes valores para cada critério de conformidade: conforme-10 pontos, parcialmente conforme-5 pontos e não conforme-zero ponto.

2.10 PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

O CBA e a JCI se pautaram no programa *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CAHPS), de 2008 – Avaliação dos Consumidores dos Cuidados de Saúde dos Provedores e Sistemas de Cuidados de Saúde, elaborado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)– Agência para Pesquisa de Cuidados de Saúde e Qualidade, dos EUA, que consiste em uma iniciativa público-privada para desenvolver estudos padronizados das experiências dos pacientes com cuidados à saúde, sendo utilizado pelo NCQA, também do mesmo país, para a elaboração deste instrumento, adaptado às características brasileiras, para a avaliação da satisfação de usuários de Planos de Saúde.

O processo da pesquisa inclui a construção de um cadastro amostral, seleção da amostra, manutenção da confidencialidade, coleta de dados, identificação dos questionários coletados e o cálculo da taxa de resposta.

O instrumento de pesquisa foi validado, após sua elaboração, em 2009, através de uma aplicação simulada com beneficiários da Bradesco Saúde. Esses beneficiários eram funcionários da Bradesco Saúde e têm direito ao plano de saúde da Bradesco.

A pesquisa deve ser enviada ao CBA e será considerada como tendo conformidade absoluta, se completa (de acordo com o instrumento), e se acompanhada de um consistente plano de ação de melhorias, diante dos resultados.

3 OBJETO DO ESTUDO

O objeto do presente estudo é a rede de serviços de saúde da Bradesco Saúde. No contexto, a rede de serviços de saúde é o conjunto de serviços de saúde que a OPS oferece aos seus beneficiários, incluindo médicos, outros profissionais de saúde, clínicas, hospitais, serviços de emergência, serviços de atendimento pré-hospitalar, serviços de diagnóstico, como laboratórios, serviços de imagem, serviços de reabilitação, etc... (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011d).

Segundo o formulário de identificação, cedido pelo CBA, para uso exclusivo desse estudo, e enviado pela Bradesco Saúde ao CBA, em agosto de 2011, ao se candidatar à acreditação internacional, este Seguro Saúde caracteriza-se por ter abrangência nacional possuindo, na ocasião, como uma rede de serviços de saúde constituída por referenciados (prestadores de serviços que compõem a rede assistencial), com 11.309 clínicas, 12.457 consultórios médicos, 2.081 hospitais, 1.915 prontos-socorros e 8.443 serviços de diagnóstico.

O mesmo formulário informa que entre agosto de 2010 e agosto de 2011, a média de beneficiários da Bradesco Saúde era de 2.685.563.

A Bradesco Saúde atende, pelo informado, através de sua rede de serviços de saúde, planos com segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, e ambulatorial e hospitalar.

Nos 12 últimos meses ao preenchimento do formulário, pagou à sua rede, por 12.595.875 procedimentos médicos.

A média de consultas médicas por beneficiário, por ano, na rede, é de 4,69.

A Bradesco Saúde obteve, no exercício de 2011, arrecadação de R\$ 7.586 bilhões contra R\$ 5.924 bilhões em 2010. O resultado do exercício de 2011 foi de R\$ 713.928 milhões, para R\$ 578.206 milhões em 2010 (BRADESCO SEGUROS, 2011).

Em 2011 a empresa recebeu dois troféus especiais nas categorias “Seguradora de Saúde do Ano”, pela quinta vez consecutiva, e “Plano de Saúde do Ano”, pela terceira vez consecutiva, em premiação organizada pela Associação Brasileira de Marketing em Saúde (ABMS) e a Editora Exímia Comunicação, responsável pela publicação da Revista Saúde Best. As premiações levam em conta

a apuração da pesquisa anual de preferências realizada no âmbito do mercado hospitalar brasileiro, de junho a outubro de 2011 (ASSPREVISITE, [2011?]).

A avaliação da rede de serviços de uma OPS interessa a vários públicos, tendo um alto grau de impacto político, uma vez a relação de desconfiança existente entre os atores do sistema. A reação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, à qualificação de prestadores, é emblemática.

Outra questão que nos preocupa e já motivou ação do CREMERJ na Justiça diz respeito à Resolução Normativa 267, de 24 de agosto, que dispõe sobre o programa de divulgação de qualificação de prestadores de serviço, visando quantificar e qualificar os médicos que atuem como pessoa física ou jurídica no atendimento aos usuários dos Planos de Saúde. Além de repudiar o termo “prestadores”, o CREMERJ discorda de que a ANS tenha a prerrogativa de ditar normas para disponibilizar a qualificação dos médicos em livros de operadoras e sites. Tal divulgação consiste em conduta restritiva de mercado, já que, de acordo com o artigo 17 da Lei nº 3.268/57, o médico está apto ao exercício da medicina em qualquer de seus ramos ou especialidades, desde que legalmente habilitado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde exerce sua atividade. A qualificação do médico cabe, portanto, aos Conselhos Regionais de Medicina e às sociedades de especialidade. O médico se qualifica no dia a dia do seu trabalho. Ele é o principal interessado em se atualizar, frequentar congressos e cursos de aprimoramento. A resolução da ANS é mais um golpe na categoria, que poderá ser usado pelas operadoras para promover honorários diferenciados aos médicos e até descredenciamentos e para justificar ações escusas, como enxugamento de rede. Já não basta a saúde pública estar oferecendo salários aviltantes e precarização dos vínculos empregatícios, com gestões por Organizações Sociais (OSs), pagamentos por RPAs e contratações por falsas cooperativas, vem agora a ANS corroborar práticas das operadoras para espoliar o médico. O CREMERJ, no entanto, utilizará todas as atribuições que lhe são auferidas pela lei federal que o criou para coibir abusos e defender o médico até a última trincheira de luta desta Casa, que é a Casa do Médico (CREMERJ, 2011, p. 2).

Como interessados em avaliações da rede de serviços de saúde e de OPS, em geral, são identificados, os organismos avaliadores na área da saúde, como o CBA, financiadores de serviços de saúde, os Planos de Saúde, a ANS, que através da RN nº277/11 normaliza e estimula a acreditação de OPS, beneficiários de OPS, profissionais de saúde e seus conselhos, o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde, municipais ou estaduais, órgãos de defesa do consumidor, entre outros (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011c).

3.1 O PROCESSO DE AVALIAÇÃO

As avaliações pela metodologia CBA se prendem à verificação da conformidade das OPS com os instrumentos de avaliação. Não são avaliados o tamanho da OPS, sua segmentação, seu *ranking* comercial, seu tipo de contratualização ou sua abrangência geográfica (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Antes da avaliação propriamente dita, os avaliadores recebem, por meio eletrônico, da OPS um formulário de identificação, que contém suas características. A OPS também envia, eletronicamente, previamente a avaliação, in loco, os indicadores de qualidade, a pesquisa de satisfação dos beneficiários e a relação de toda sua rede de serviços de saúde. Desta lista serão, aleatoriamente, escolhidos provedores, para a pesquisa da relação da rede com a OPS (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Os especialistas conduzem a avaliação na sede da OPS, através de uma agenda de avaliação, de conhecimento prévio da OPS. As etapas desta avaliação são as seguintes:

➤ Apresentação dos avaliadores e da OPS

Trata-se da primeira reunião, para a apresentação da liderança da OPS e revisão e apresentação da agenda. Os avaliadores respondem a perguntas sobre a agenda de avaliação, explicam os critérios de pontuação relativos à conformidade com os padrões e as regras de decisão relativas à acreditação. O líder da equipe explica que a pontuação de conformidade com os padrões será limitada àqueles processos implantados antes do início da avaliação. Esclarece que a equipe de avaliadores não pode atribuir conformidade a um determinado padrão com base em políticas, procedimentos ou práticas novas ou revisadas que forem feitas durante a avaliação, pois a equipe não terá tido tempo suficiente para determinar a efetividade destas atividades. Os avaliadores indicam aos líderes que apenas as apresentações agendadas devem ser planejadas e executadas durante a avaliação. Os profissionais devem estar preparados para responder a perguntas, mas não devem preparar apresentações formais sobre seus departamentos ou suas atividades. O avaliador obtém informações pertinentes por meio de vários outros métodos. Os avaliadores explicam o conceito de aprofundamento, utilizado como técnica/abordagem de entrevista, e cujo objetivo é reunir informações específicas

sobre um processo ou resultado. É esclarecido que os membros da equipe (grupos focais) envolvidos nas investigações de aprofundamento não devem interpretar esta abordagem como uma questão pessoal ou, necessariamente, como uma indicação de não conformidade. Trata-se de uma indicação de que o(s) avaliador (es) está (estão) estudando se há de fato um sistema definido para dar respaldo ao processo. Os avaliadores explicam o objetivo e o envolvimento dos líderes nas reuniões diárias. Os profissionais são encorajados a fazer perguntas e a buscar esclarecimentos dos avaliadores ao longo do processo de avaliação.

➤ Sessão de revisão de documentos

O objetivo desta sessão é a revisão de documentos para se avaliar padrões que requerem alguma evidência de conformidade escrita, tal como planos, políticas, protocolos, contratos, apólice padrão ou um documento como, por exemplo, referente aos direitos dos beneficiários. Além disso, objetiva esclarecer a equipe de avaliadores em relação à estrutura organizacional e administrativa do plano de saúde. Os documentos podem estar em papel, em meio eletrônico ou ambos. Os documentos devem estar configurados de acordo com uma norma padrão ou regulatória que a OPS criou e implantou.

➤ Sessão sobre programa da qualidade e indicadores

Nessa reunião, com um grupo focal, os avaliadores verificarão os seguintes aspectos relacionados à qualidade: existência de estrutura funcional para gerenciamento da qualidade; planejamento e monitoramento de um programa de qualidade e melhoria; monitoramento e análise de informações sobre ações preventivas e terapêuticas, agregação de dados e relacionamento com distintos beneficiários; e como a OPS obtém dados e informações da utilização da rede de serviços, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida e do estado funcional dos beneficiários.

➤ Reuniões de acompanhamento

Trata-se de reuniões que ocorrem no transcorrer da avaliação para que os avaliadores possam fornecer às lideranças do plano de saúde, as informações sobre o andamento da avaliação, achados relevantes, solicitar documentos e outras providências. Achados de alta significância e que coloquem em risco a continuidade da avaliação serão informados, pelos avaliadores, para imediata correção. Os

presentes poderão fazer perguntas aos avaliadores dentro de limites que não impliquem no fornecimento, por parte destes, de juízos sobre o resultado da avaliação.

➤ Visitas a locais chave na sede da OPS

Os avaliadores vão acompanhados por facilitadores do plano de saúde, a locais e setores que se relacionam com os beneficiários e prestadores de serviços, tais como emissão de autorizações de serviços, emissão de guias, revisão de contas, locais de monitoramento ou de agendamento, etc. Os avaliadores podem entrevistar os funcionários destes setores e fazer perguntas capazes de determinar a conformidade com os padrões. Também podem suscitar questões a serem averiguadas em atividades posteriores da avaliação.

➤ Reunião comunicação e informação

Os avaliadores nessa reunião verificam a comunicação e a informação entre o plano de saúde e os diversos atores que se relacionam com ele, como beneficiários e familiares, provedores, componentes da rede assistencial, agências reguladoras, conselhos de classe e outros. O objetivo é, também, verificar o grau de confidencialidade, segurança e integridade que é mantido para dados e informações, além da facilidade que os prestadores da rede têm em utilizar dados e informações.

➤ Reunião de cuidados preventivos e de promoção de saúde

Os avaliadores assistem a apresentação pela OPS de seu programa de prevenção à saúde e de melhoria da qualidade de vida para compreenderem a efetiva preocupação com a prevenção de doenças, com a melhoria da qualidade de vida e com a diminuição de agravos à saúde de beneficiários. Podem formular perguntas que esclareçam sobre o programa e outras na busca de evidências que o programa atende seus objetivos e que é avaliado pela OPS em relação a sua efetividade. Por exemplo: Qual o indicador utilizado para medir a efetividade do programa de controle da hipertensão arterial de seus beneficiários? O que a OPS faz, se o programa não mostra ser efetivo?

➤ Visita ao *Call Center* da OPS

Nessa atividade os avaliadores terão oportunidade de entrevistar funcionários do *Call Center* e de analisar alguns indicadores de eficiência do *Call Center*.

Aproveitam ligações telefônicas de beneficiários para entrevistas. Algumas perguntas podem ser formuladas aos beneficiários: O Plano de Saúde lhe informou sobre seus direitos e responsabilidades? O Plano de Saúde lhe orientou sobre perguntas que devem ser encaminhadas aos prestadores quando, por exemplo, estes lhe indicarem uma cirurgia ou outro procedimento? Qual o nível de dificuldade de agendar uma consulta? O (a) senhor (a) recebe o guia de atendimento ou livreto com que periodicidade? Atualizado? O (a) senhor (a) já teve algum procedimento não autorizado? Como transcorreu esta situação? Já houve alguma interferência entre o Plano de Saúde e seu médico? Como foi? Como foi seu processo de filiação ao Plano de Saúde? O Plano de Saúde já lhe proporcionou algum tipo de educação e saúde? De que forma?

➤ Reunião de encerramento

Essa reunião encerra a avaliação e objetiva comunicar a diretores e outras lideranças da OPS sobre como foi conduzida a avaliação, fornecer orientações preliminares de ajustes e correções que devem ser feitas, mesmo antes do recebimento do relatório da avaliação, informar sobre as facilidades e eventuais dificuldades encontradas para a condução da avaliação. Não implica, em hipótese alguma, de uma conclusão sobre a acreditação ou não da OPS.

Observa-se que a avaliação de uma OPS, pela metodologia do CBA, possui, portanto, um caráter preponderantemente qualitativo, uma vez que se preocupa em verificar padrões de comportamento institucional, através de fatos observáveis. Considerando-se diferenças entre as avaliações realizadas, podemos dizer que a diagnóstica tem predomínio formativo e a avaliação para acreditação internacional, predomínio somativo:

Vieira da Silva (2005) relata uma classificação de acordo com o momento da avaliação. Diz-se avaliação formativa quando implementada no decorrer da intervenção, e avaliação somativa quando implementada depois de finalizada a intervenção. Ambas possuem objetivos diferentes, segundo a mesma autora, a avaliação formativa apoia ou redireciona a intervenção, subsidia a interrupção da intervenção, ou ainda partilha as informações (como está sendo feita e (quais os julgamentos atribuídos) com os envolvidos na intervenção, geralmente este tipo de avaliação é contínuo). A avaliação somativa presta-se para auditoria ou prestação de contas da intervenção, podendo servir como experiência ou modelo para uma futura intervenção, refere-se a uma atuação pontual e normalmente remetida a avaliadores externos. (NICKEL, 2008).

Para Nickel, citando Malik e Schiesarie, estes dois tipos de avaliação não necessariamente representam processos separados, pois o mesmo objeto poderá ser avaliado em caráter formativo e somativo, e ainda por avaliadores internos e externos à instituição, para isso basta “definir ou identificar o propósito que se está servindo e para o interesse de quem”. (NICKEL, 2008, p. 26).

4 METODOLOGIA DO ESTUDO

O presente estudo foi conduzido utilizando-se as avaliações submetidas pela Bradesco Saúde em duas ocasiões: a da avaliação diagnóstica e a da avaliação para acreditação internacional. Foi selecionada a função Adequação dos Serviços para os Beneficiários (ASB), do Manual utilizado como instrumento avaliativo pelos especialistas do CBA e da JCI, para as avaliações da Bradesco Saúde (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010). Esta função foi escolhida em virtude de seu grande impacto na relação dos beneficiários e profissionais de saúde com as OPS.

A assistência de um Plano de Saúde é parte de um sistema integrado por profissionais, serviços e níveis de cuidado que necessitam estar consoantes com as demandas e necessidades dos beneficiários. A inadequação dos serviços da rede de uma OPS enseja dificuldades de acesso, inobservância a determinações de prazos para serviços e cuidados de saúde estabelecidos por lei, baixa qualidade dos serviços prestados, com riscos para os beneficiários, informação errada para os provedores e prejuízos à imagem da OPS, repetição de exames, e aumento de custos, por exemplo. A responsabilidade pelos serviços prestados aos seus beneficiários seja através de serviços próprios ou contratados e credenciados é, igualmente, da operadora e dos provedores de sua rede. Assim sendo, as OPS devem zelar para que os serviços de sua rede estejam dentro de padrões que demonstrem adequação às necessidades de seus beneficiários.

Ambas as avaliações ensejaram relatórios finais. O primeiro relatório contém recomendações a Bradesco Saúde, quando os avaliadores observaram conformidades parciais ou não conformidades, medidas pelos elementos de mensuração de cada padrão das funções do Manual. O segundo relatório contém registros, assim como o primeiro, dos motivos das conformidades parciais ou das não conformidades, mas não fez recomendações, como de praxe nas avaliações para acreditação do CBA.

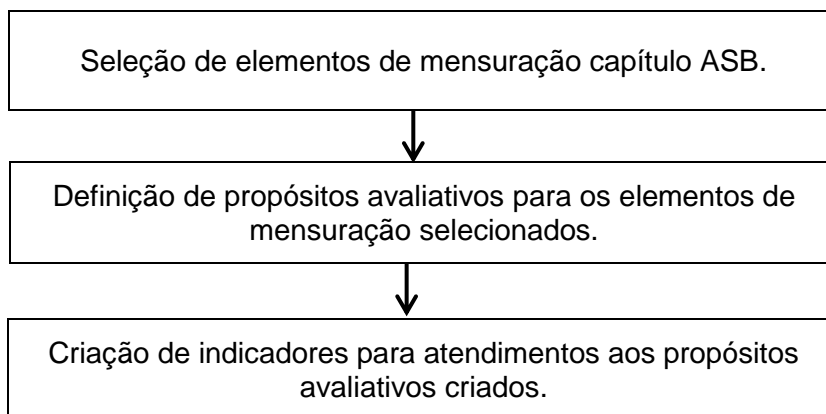
Para responder às questões avaliativas, foram extraídos dos relatórios de avaliação diagnóstica e para acreditação internacional, alguns elementos de mensuração da função ASB transformados, para o presente estudo, em padrões. A seguir, foram definidos indicadores para estes padrões, intitulados como indicadores de rede (categoria).

Para a seleção de indicadores, consideraram-se aspectos de maior impacto na relação entre os *stakeholders* do sistema, e aqueles que refletissem, predominantemente, cuidados necessários à segurança ou relacionados a riscos assistenciais, sendo escolhidos: dimensionamento da rede, adequação de prazos para atendimento, monitoramento da qualidade, divulgação da rede, serviços especiais para populações de risco e vulneráveis, serviços especiais para populações de crônicos, segurança dos serviços cirúrgicos prestados e segurança contra riscos de infecção.

Os indicadores categorizados como rede (conjunto de serviços prestados pela OPS aos seus beneficiários, por meio próprio ou credenciado) refletem aspectos significantes para a relação da OPS com os *stakeholders* do sistema, em especial os beneficiários e provedores.

O diagrama seguinte (Figura 1) sumariza a construção dos indicadores de rede, a partir dos elementos de mensuração da função Adequação dos Serviços para os Beneficiários (ASB), selecionados.

Figura 1 - Etapas da construção dos indicadores de rede.



Fonte: O autor (2012).

Para comparação dos resultados da adequação dos serviços prestados pela Bradesco Saúde, os indicadores de rede, criados, foram utilizados.

O Quadro 3 mostra os indicadores, os respectivos propósitos e a correspondência com os padrões e elementos de mensuração do função ASB do Manual.

Quadro 3 - Indicadores para avaliação da adequação dos serviços da Bradesco Saúde aos beneficiários.

Categoria Rede		
Indicador	Propósito avaliativo	Correspondência com os padrões e elementos de mensuração do Manual do CBA
Dimensionamento	Utilização para a construção da rede de serviços de saúde, de critérios qualitativos e quantitativos	ASB. 1 EM 2
Adequação de prazos para atendimento	Capacidade de implantar medidas para atender ao tempo estabelecido para prestação de serviços de saúde	ASB. 1 EM 4
Monitoramento da qualidade	Recebimento e análise de informações técnicas, de teor predefinido, de seus provedores	ASB. 3 EM 2
Divulgação da rede	Informação a futuros beneficiários sobre a constituição da rede de serviços	ASB. 2 EM 3
Serviços especiais para populações de risco e vulneráveis	Disponibilização de serviços que atendam, diferenciadamente, beneficiários de risco e vulneráveis	ASB.4 EM 3
Serviços especiais para populações de crônicos	Possibilidade de crônicos serem assistidos por um programa de monitoramento	ASB.5 EM 2
Segurança dos serviços cirúrgicos prestados	Solicitação de evidências de processos/procedimentos para assegurar realização de cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto	ASB.6 EM 5
Segurança contra riscos de infecção	Solicitação aos hospitais, de evidências que estes adotam protocolos reconhecidos para higiene e lavagem das mãos, visando à diminuição de riscos de infecções associados aos cuidados de saúde	ASB.6 EM 6

Legenda: ASB= adequação de serviços para os beneficiários – função do Manual; EM = elemento de mensuração (Manual).

Fonte: O autor (2012).

Os oito indicadores apresentados no Quadro 3 foram, ao final, pontuados, de acordo com as conformidades observadas: aqueles conformes, com 10 pontos, os parcialmente conformes com cinco pontos e os não conformes, com zero. Portanto, a pontuação final máxima, possível seria, se todos fossem considerados conformes, 80 pontos, o que representaria, em percentual, 100% de conformidade.

A importância para a seleção dos padrões e dos elementos de mensuração da função ASB do Manual (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010) é descrita, a seguir.

➤ Padrão ASB. 1

De acordo com o Manual (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010), “O Plano de Saúde dimensiona e monitora se sua rede de serviço está adequada às necessidades de seus beneficiários”.

A utilização para a construção da rede de serviços de saúde, de critérios qualitativos e quantitativos identifica compromisso do Plano de Saúde, com a qualidade e com a disponibilidade dos serviços de saúde de sua rede assistencial, para seus beneficiários. Reflete, também, que a OPS possui meios de atender as determinações da ANS que determina prazos máximos para o agendamento de consultas e de serviços, para cada especialidade.

O dimensionamento quantitativo ou qualitativo insuficientes da rede de serviços de saúde de uma OPS, além de ocasionar dificuldades de acesso e de gerar insatisfação dos beneficiários, pode ser responsável pela postergação de diagnósticos e de tratamentos com consequências graves ao prognóstico de pacientes.

O Plano de Saúde deve estabelecer uma política, que defina o tempo aceitável para que os distintos serviços de sua rede agendem atendimentos aos beneficiários. É compreensível que um determinado componente da rede não possa atender aos beneficiários dentro do prazo definido pelo Plano de Saúde; no entanto a rede como um todo, deve estar capacitada a substituir este provedor, dando o atendimento no prazo definido como aceitável pelo Plano de Saúde. Além disso, o Plano de Saúde deve garantir que seus processos estejam dentro de padrões que garantam acesso ao cuidado, nos termos do que foi contratado.

Considerando as contingências as quais os processos estão sujeitos, o Plano de Saúde deve oferecer uma estrutura capaz de resolver questões inerentes à operação que possam ter como origem falha contingencial, garantindo que o serviço seja prestado sem ônus para quem o contratou. Neste caso, o Plano de Saúde deve definir quais as contingências que seriam capazes (probabilidade) de afetar a oferta de serviços e dispor de um plano para que não haja interrupção ou supressão dos cuidados (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

A capacidade de implantar medidas, sempre que necessário, para prestar atendimentos de saúde, nos tempos estabelecidos pelo Plano de Saúde, e nos prazos regulamentados pela ANS demonstra que o Plano de Saúde possui um sistema de gestão hábil em identificar fatores que alterem a disponibilidade adequada e planejada de serviços de saúde para seus beneficiários, e que permite a OPS corrigir, suficientemente, essas situações.

Imprevistos ocorrem, à medida que provedores podem ficar impedidos de prestar serviços por razões diversas, a OPS. Médicos e outros provedores podem estar com a agenda bastante ocupada, à medida que, geralmente, não prestam atendimento com exclusividade a uma determinada OPS. As OPS não podem ter governabilidade absoluta sobre esses fatos, mas devem oferecer alternativas aos seus clientes para que diagnósticos e tratamentos não sofram solução de continuidade. A interrupção dos serviços de saúde pode, igualmente, ao inadequado dimensionamento da rede, ocasionar prejuízos e consequências negativas a saúde dos pacientes.

Considerando as contingências as quais os processos estão sujeitos, o Plano de Saúde deve oferecer uma estrutura capaz de resolver questões inerentes à operação que possam ter como origem falha contingencial, garantindo que o serviço seja prestado sem ônus para quem o contratou. Neste caso, o Plano de Saúde deve definir quais as contingências que seriam capazes (probabilidade) de afetar a oferta de serviços e dispor de um plano para que não haja interrupção ou supressão dos cuidados (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

A ANS monitora os prazos estabelecidos para o provimento dos serviços de saúde e penaliza as OPS que os descumprirem.

No primeiro trimestre, que compreende o período entre 19/12/11 e 18/03/12, foram recebidas 2.981 Notificações de Investigação Preliminar (NIPs), referentes ao assunto de garantia de atendimento. Das 1.016 operadoras médico-hospitalares, 193 tiveram pelo menos uma reclamação e das 370 operadoras odontológicas, sete tiveram pelo menos uma reclamação de não cumprimento dos prazos máximos estabelecidos. As operadoras de Planos de Saúde são avaliadas de acordo com dois critérios: comparando-as entre si, dentro do mesmo segmento e porte; e avaliando evolutivamente seus próprios resultados. Segundo estes critérios, de dezembro de 2011 a março de 2012, 96 operadoras médico-hospitalares (sendo 27 de grande porte, 45 de médio porte e 24 de pequeno porte) e quatro operadoras

odontológicas (sendo duas de grande porte, uma de médio porte e uma de pequeno porte) ficaram acima da mediana* de reclamações. Aquelas que não cumprirem os prazos definidos pela ANS estão sujeitas a penalidade de multa de R\$ 80.000,00 e R\$ 100.000,00 para situações de urgência e emergência. Além disso, em caso de prática reiterada, podem sofrer medidas administrativas, tais como a suspensão da comercialização de parte ou de todos os seus produtos e a decretação do regime especial de direção técnica, inclusive com a possibilidade de afastamento dos seus dirigentes (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011b).

➤ Padrão ASB. 3

Segundo o Manual (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010), o Plano de Saúde deve estabelecer critérios que evidenciem compromisso com a qualidade, para a participação na sua rede de profissionais e serviços e os monitoram, para observar se há manutenção dos padrões de qualidade.

O recebimento e análise de informações técnicas, de teor predefinido, de seus provedores demonstram que o Plano de Saúde monitora e se responsabiliza pelos serviços prestados por sua rede de serviços de saúde, não se comportando como um mero credenciador de serviços.

Não basta dimensionar uma rede de assistência à saúde; é necessário monitorá-la, através de indicadores, no sentido de se conhecer resultados e implantar ações de melhoria, quando necessário. Tempo se vai, ou deveria ter ido, em que os Planos de Saúde simplesmente entregavam uma lista de serviços de saúde aos seus beneficiários e se eximiam da responsabilidade pela qualidade dos serviços de saúde prestados. Sob todos os aspectos, incluindo o legal (*culpa in eligendo*), as OPS são solidárias diante da qualidade de sua rede, não importando se própria ou credenciada.

Uma vez selecionados, por critérios predefinidos, os prestadores devem ser monitorados quanto à manutenção da qualidade, nos seus diversos aspectos, seja na segurança e conforto de suas instalações, bem como na disponibilidade de atendimento, dentro de prazos compatíveis com as necessidades dos beneficiários e estabelecidos pelo Plano de Saúde e, também, por evidências nos resultados qualitativos de sua prática assistencial (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Um dos equívocos na área da saúde é acompanhar resultados apenas por indicadores de produtividade. As OPS necessitam, também, conhecer os indicadores referentes à qualidade dos serviços de sua rede.

➤ Padrão ASB. 2

Segundo o Manual (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010), o Plano de Saúde é responsável por fornecer ao contratante, informação suficiente para que este decida se o escopo do plano de saúde o atende.

A informação a futuros beneficiários sobre a constituição da rede de serviços demonstra compromisso ético do Plano de Saúde, ao permitir que seus futuros beneficiários avaliem, com precisão, se os serviços de saúde e as regras contratuais do plano atenderão suas expectativas.

Um dos pontos de atrito entre OPS e beneficiários é o desconhecimento sobre a cobertura contratual. OPS comumente terceirizam a captação de clientes, e a venda de seus produtos. Frequentemente não governam os procedimentos de captação e de venda de seus corretores. Esses, ansiosos por novos clientes, não se preocupam em informar claramente a cobertura contratual e as exclusões.

A escolha do Plano de Saúde deve ser efetuada após a análise da localização da rede de serviços, do escopo do Plano de Saúde e das possíveis necessidades das pessoas. Uma forma consciente disto ocorrer é o futuro beneficiário ser inteirado, antes de contratar o Plano de Saúde, da rede de serviços, do tempo para disponibilização de serviços (por exemplo, agendamento de consultas) da localização dos serviços, da cobertura, exclusões, reajustes, carências e de situações em que podem ocorrer copagamentos ou franquias (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

➤ Padrão ASB. 4

Segundo o Manual (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010), o Plano de Saúde deve identificar e fornecer serviços em condições especiais para beneficiários de risco e os vulneráveis.

Ao disponibilizar serviços que atendam diferenciadamente seus beneficiários de risco e os vulneráveis, o Plano de Saúde demonstra que se preocupa com um segmento de sua população de beneficiários que, por condições próprias, não pode seguir as mesmas regras de utilização dos demais.

Os direitos de pessoas com necessidades especiais são disseminados na sociedade, em especial na prestação de serviços. Tratando-se de serviços de saúde, esse direito adquire importância ainda maior.

Populações especiais demandam cuidados diferenciados. Inicialmente o Plano de Saúde deve descrever estes grupos e definir políticas especiais para os mesmos, no que tange a prestação de serviços. Exemplos de beneficiários de risco e vulneráveis incluem doentes terminais ou afetados por dores, idosos debilitados, deficientes físicos, mulheres em trabalho de parto, doentes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos, dependentes químicos e/ou de álcool, vítimas de abuso e de negligência. O Plano de Saúde deve estabelecer orientações para a proteção dos direitos desses indivíduos e obedecer às leis e regulamentos para esta população. Crianças devem receber proteção e tratamentos diferenciados (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

➤ Padrão ASB. 5

De acordo com o Manual (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010), o Plano de Saúde deve identificar e fornecer serviços em condições especiais para beneficiários com doenças crônicas.

A identificação de crônicos é benéfica tanto para o Plano de Saúde que pode, através de um adequado programa de gerenciamento, melhorar as condições de saúde dessa população e, assim, racionalizar as demandas por serviços de saúde desse grupo de pessoas, assim como para os próprios crônicos que passarão a ter uma qualidade de vida melhor.

Crônicos demandam por mais serviços de saúde, o que pode ocasionar significantes impactos na sinistralidade das OPS. Pacientes crônicos, soltos no sistema, além de se sentirem perdidos, sem uma coordenação para suas demandas, geram um círculo vicioso de atendimentos, exames, e outros serviços de saúde, nem sempre efetivos. Esses serviços de saúde, não raramente, são redundantes. Seus custos tendem a ser repassados para os beneficiários da OPS.

Populações de crônicos representam importante agravo ao equilíbrio de Planos de Saúde e alto risco individual de morbi-mortalidade. Acompanhar este grupo através de um efetivo programa de gerenciamento representa benefícios para o Plano de Saúde e para os beneficiários, melhorando a qualidade de vida e o

estado funcional dessas pessoas (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

➤ Padrão ASB. 6

De acordo com o Manual (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010), o Plano de Saúde deve definir e cobrar dos hospitais de sua rede, regularmente, evidências de que os mesmos se preocupam com itens de segurança dos pacientes.

Ao solicitar aos hospitais de sua rede, evidências que estes têm um processo/procedimento para assegurar realização de cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto, o Plano de Saúde demonstra preocupação em gerenciar um dos mais graves erros praticados, em nível mundial, por equipes de saúde.

O Plano de Saúde tem um compromisso em construir sua rede de cuidados de saúde, independentemente se própria ou credenciada não pode, portanto, se omitir da responsabilidade de avaliar a qualidade de sua rede e, para isso, deve cobrar evidências dos hospitais quanto à segurança dos cuidados prestados. O Plano de Saúde deve ter atenção especial com a rede hospitalar, a fim de se certificar de que esta possui processos/procedimentos para:

- a) Identificar corretamente os pacientes, utilizando duas formas de identificação;
- b) Verificar informação verbal crítica;
- c) Remover eletrólitos concentrados das áreas de assistência ao paciente;
- d) Adotar e usar orientação reconhecida para garantir cirurgia correta, em local correto e no paciente correto;
- e) Adotar e utilizar orientação de higiene reconhecida para lavagem das mãos, visando reduzir o risco de infecções nosocomiais; e
- f) Adotar e utilizar diretrizes reconhecidas para diminuir o risco de lesões aos pacientes, resultantes de queda (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Segundo a *The Joint Commission* ou a Comissão Conjunta, organismo de avaliação de instituições de saúde nos EUA, da qual a JCI é subordinada, a cirurgia errada, no paciente errado ou no sítio errado, é um dos o eventos sentinela (ocorrência inesperada ocasionando a morte ou grave lesão física ou psicológica, ou

o risco disso ocorrer; grave lesão, em geral significa perda de membro ou de função) mais comuns (THE JOINT COMMISSION, 1995).

Cirurgia em local errado, procedimento errado ou no paciente errado são ocorrências comuns e preocupantes, em organizações de saúde. Esses erros são o resultado de uma comunicação ineficaz ou inadequada entre os membros da equipe cirúrgica, a falta de envolvimento do paciente no local de marcação e falta de procedimentos para verificar o local da cirurgia. Além disso, a avaliação do paciente inadequada, revisão de registros médicos inadequados, uma cultura que não suporta a comunicação aberta entre os membros da equipe cirúrgica, problemas relacionados com a caligrafia ilegível, uso de abreviações são frequentes fatores contribuintes. As organizações precisam desenvolver uma política de colaboração e procedimentos eficazes na eliminação deste problema inquietante (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008).

Por outro lado, as infecções hospitalares constituem-se num dos maiores riscos àqueles que recebem atendimentos hospitalizados. Um das maneiras mais singelas e eficientes de redução de infecções nosocomiais é a adequada lavagem das mãos, principalmente, pelos profissionais de saúde. Os Planos de Saúde demonstram compromisso com esse gravíssimo problema, quando solicitam à sua rede de serviços hospitalares evidências que estes adotam protocolos reconhecidos para higiene e lavagem das mãos, visando à diminuição de riscos de infecções associados aos cuidados de saúde.

As infecções hospitalares têm se constituído em um dos mais graves problemas a ser enfrentado. O número de mortes, agravos à saúde, sequelas e custos decorrentes às infecções hospitalares é assustador. Apenas nos USA, segundo Klevens, as infecções nosocomiais incidem entre cinco a seis por cento das internações, afetando 1.700.000 pessoas, com mortalidade atribuída de 3,6% e com cerca de 99.000 mortes; ocasionam um impacto econômico em torno de 4.5 bilhões de dólares (KLEVENS, 2007).

Um inquérito de prevalência realizado sob os auspícios da OMS em 55 hospitais, em 14 países, representando quatro regiões da OMS (Europa, Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental) mostrou que uma média de 8,7% dos pacientes internados tinham infecções nosocomiais. A um dado momento, mais de 1,4 milhões de pessoas no mundo sofrem complicações de infecções adquiridas no hospital. As infecções nosocomiais agravam as deficiências

funcionais e o estresse emocional do paciente e, em alguns casos, podem causar condições incapacitantes, que reduzem a qualidade de vida. São uma das principais causas de morte. Os custos econômicos são enormes. A permanência prolongada de pacientes infectados é o maior fator contribuinte para o custo. Uma estadia prolongada aumenta não apenas os custos diretos para os pacientes e os contribuintes, mas também por causa indireta, pelo trabalho perdido (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Uma das metas internacionais de segurança do paciente da JCI é o desenvolvimento pela instituição de saúde de uma abordagem para reduzir os riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008).

A lavagem das mãos é uma das maneiras mais eficazes de diminuir a incidência de infecções nosocomiais, mas, infelizmente, inadequadamente observada. Diretrizes para a higiene das mãos reconhecidas internacionalmente são disponibilizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelos Centros para Controle e Prevenções de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e por diversas outras instituições nacionais e internacionais.

5 RESULTADOS

Os resultados das avaliações diagnóstica e de acreditação da Bradesco Saúde, na função ASB, do Manual do CBA foram comparados, através de indicadores criados pelo autor, a partir do propósito e de padrões da função Adequação dos Serviços para os Beneficiários (ASB) do Manual (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Os indicadores foram criados com o objetivo de contemplar a avaliação da rede de serviços de saúde oferecida pela Bradesco Saúde aos seus beneficiários. Os indicadores compreenderam o dimensionamento da rede, a adequação de prazos para atendimento (agendamento) de serviços de saúde, monitoramento da qualidade dos serviços prestados pela rede da operadora, a divulgação da rede para os beneficiários, a prestação de serviços especiais para populações de risco e de vulneráveis, a prestação de serviços especiais para pacientes crônicos, a segurança dos serviços cirúrgicos, e a segurança contra risco de infecções nosocomiais.

Antes da apresentação dos indicadores, serão demonstradas as conformidades observadas nas avaliações para os padrões selecionados da função ASB do Manual (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2010). As observações contidas nos quadros seguintes, referentes às conformidades parciais e as não conformidades, foram copiadas *in verbis*, dos respectivos relatórios de avaliação, cedidos pelo CBA ao autor, para uso exclusivo nesse estudo.

5.1 PADRÃO ASB. 1– ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 2

Pode-se observar que houve uma evolução favorável da conformidade do elemento de mensuração selecionado desse padrão, entre o resultado da avaliação diagnóstica e a de acreditação, conforme registrado no Quadro 4.

Quadro 4 - Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação – padrão ASB.1, elemento de mensuração 2.

Padrão ASB. 1	Elemento de Mensuração 2	Avaliação Diagnóstica	Avaliação de Acreditação
O plano de saúde dimensiona e monitora se sua rede de serviços está adequada às necessidades de seus beneficiários.	O plano de saúde utiliza, para a construção da rede de serviços de saúde, critérios qualitativos e quantitativos	Parcialmente conforme: “o plano de saúde demonstrou”, em reunião com seus gestores, a construção de uma política, parcialmente implantada, para a construção de sua rede de serviços de saúde, utilizando critérios quantitativos, não sendo possível observar a existência, no entanto, de critérios qualitativos	Conforme

Fonte: O autor (2012).

A Bradesco Saúde evoluiu de conformidade parcial, para conformidade entre as avaliações, o que demonstra que sua política e seus processos de dimensionamento da rede de serviços de saúde, tanto nos aspectos quantitativo, como qualitativo confluíram para a melhor adequação de seus serviços aos beneficiários.

5.2 PADRÃO ASB. 1 – ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 4

Em ambas as avaliações observam-se a manutenção da conformidade com esse elemento de mensuração, conforme apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 - Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação, padrão ASB. 1, elemento de mensuração 4.

Padrão ASB. 1	Elemento de Mensuração 4	Avaliação Diagnóstica	Avaliação de acreditação
O plano de saúde dimensiona e monitora se sua rede de serviços está adequada às necessidades de seus beneficiários.	O plano de saúde é capaz de implantar medidas para atender ao tempo estabelecido para prestação de serviços de saúde aos seus beneficiários, sempre que necessário	Conforme	Conforme

Fonte: O autor (2012).

Pode-se afirmar que a Bradesco Saúde manteve-se conforme nas duas avaliações, quanto a sua capacidade de enfrentar contingências que possam afetar o acesso de seus beneficiários aos serviços de saúde.

5.3 PADRÃO ASB. 3 – ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 2

Entre as avaliações diagnóstica e para acreditação a Bradesco Saúde progrediu para a conformidade com o elemento de mensuração desse padrão, como demonstrado pelo Quadro 6.

Quadro 6 - Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação, padrão ASB. 3, elemento de mensuração 2.

Padrão ASB. 3	Elemento de Mensuração 2	Avaliação Diagnóstica	Avaliação de Acreditação
O plano de saúde estabelece critérios que evidenciem compromisso com a qualidade, para a participação na sua rede de profissionais e serviços e os monitoram, para observar se há manutenção dos padrões de qualidade.	O plano de saúde recebe e analisa informação técnica, de teor predefinido, de seus provedores	Não conforme “de doze prestadores avaliados para este EM, nenhum relatou enviar ao plano de saúde informação técnica, de teor predefinido”.	Conforme

Fonte: O autor (2012).

5.4 PADRÃO ASB. 2 – ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 3

Nas avaliações esse elemento de mensuração do padrão manteve-se, como observado no Quadro 7.

Quadro 7 - Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação, padrão ASB.2, elemento de mensuração 3.

Padrão ASB. 2	Elemento de Mensuração 3	Avaliação Diagnóstica	Avaliação de Acreditação
O plano de saúde é responsável por fornecer ao contratante, informação suficiente para que este decida se o escopo do plano de saúde o atende.	Futuros beneficiários são informados sobre a constituição da rede de serviços	Conforme	Conforme

Fonte: O autor (2012).

A Bradesco Saúde manteve-se conforme com o processo de informar a futuros beneficiários sobre a constituição da rede de serviços.

5.5 PADRÃO ASB. 4 – ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 3

O Quadro 8 demonstra a manutenção da conformidade com o elemento de mensuração do padrão, nas avaliações realizadas.

Quadro 8 - Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação, padrão ASB.4, elemento de mensuração 3.

Padrão ASB. 4	Elemento de Mensuração 3	Avaliação Diagnóstica	Avaliação de Acreditação
O plano de saúde identifica e fornece serviços em condições especiais para beneficiários de risco e os vulneráveis.	O plano de saúde disponibiliza serviços que atendam diferenciadamente seus beneficiários de risco e os vulneráveis.	Conforme	Conforme

Fonte: O autor (2012).

5.6 PADRÃO ASB. 5 – ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 2

Demonstram-se a conformidade, pelo Quadro 9, ocorrida em ambas as avaliações da Bradesco Saúde.

Quadro 9 - Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação, padrão ASB. 5, elemento de mensuração 2.

Padrão ASB. 5	Elemento de Mensuração 2	Avaliação Diagnóstica	Avaliação de Acreditação
O plano de saúde identifica e fornece serviços em condições especiais para beneficiários com doenças crônicas.	O plano de saúde oferece a sua população de crônicos a possibilidade de serem assistidos por um programa de monitoramento	Conforme	Conforme

Fonte: O autor (2012).

Ambas as avaliações da Bradesco Saúde identificaram, portanto, que a OPS oferece aos seus beneficiários a possibilidade de participarem de um programa de monitoramento de crônicos.

5.7 PADRÃO ASB. 6 – ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 5

O Quadro 10 mostra a conformidade observada no padrão ASB.6, elemento de mensuração 5, do Manual de Padrões para Avaliação de Planos de Saúde do CBA, nas avaliações diagnóstica e para acreditação.

Quadro 10 - Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação, padrão ASB. 6, elemento de mensuração 5.

Padrão ASB. 6	Elemento de Mensuração 5	Avaliação Diagnóstica	Avaliação de Acreditação
O plano de saúde define e cobra dos hospitais de sua rede, regularmente, evidências de que os mesmos se preocupam com itens de segurança dos pacientes.	O plano de saúde solicita de seus hospitais, evidências que estes têm um processo/procedimento para assegurar realização de cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto	Não conforme “dos provedores verificados, apenas um, de seis, apresentou evidências de conformidade com o EM	Parcialmente conforme “apesar de ter sido demonstrado que há um processo em curso, de solicitação de evidências, sobre o processo/procedimento para assegurar realização de cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto, a hospitais da rede, não foi apresentado um processo pelo qual isto seja realizado, de modo regular, nem abrangente, considerando-se o grande número de hospitais presentes na rede. embora o plano de saúde pergunte nos seus locais de atendimento se o provedor “tem um processo/procedimento para assegurar realização de cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto”, o plano de saúde não foi capaz de apresentar evidências claras de que os hospitais implementam esta medida de segurança.

Fonte: O autor (2012).

Comparando-se as avaliações, observa-se que a Bradesco Saúde apresentava-se não conforme com esse item avaliativo, e que na avaliação para acreditação demonstrou, apenas, conformidade parcial.

5.8 PADRÃO ASB.6 – ELEMENTO DE MENSURAÇÃO 6

O Quadro 11 apresenta as conformidades observadas no padrão ASB.6, elemento de mensuração 6, nas avaliações diagnóstica e para acreditação.

Quadro 11 - Conformidades observadas nas avaliações diagnóstica e para acreditação, padrão ASB. 6, elemento de mensuração 6.

Padrão ASB. 6	Elemento de Mensuração 6	Avaliação Diagnóstica	Avaliação para Acreditação
O plano de saúde define e cobra dos hospitais de sua rede, regularmente, evidências de que os mesmos se preocupam com itens de segurança dos pacientes	O plano de saúde solicita de seus hospitais, evidências que estes adotam protocolos reconhecidos para higiene e lavagem das mãos, visando à diminuição de riscos de infecções associados aos cuidados de saúde	Não conforme “dos provedores verificados, apenas um, de seis, apresentou evidências de conformidade com o EM	Parcialmente conforme “apesar de ter sido demonstrado que há um processo em curso, de solicitação de evidências, aos hospitais, de utilização de protocolos reconhecidos para higiene e lavagem das mãos, não foi apresentado um processo pelo qual isto seja realizado, de modo regular, nem abrangente, considerando-se o grande número de hospitais presentes na rede. embora o plano de saúde pergunte nos seus locais de atendimento se o provedor utiliza “protocolos reconhecidos para higiene e lavagem das mãos”, o plano de saúde não foi capaz de apresentar evidências claras de que os hospitais implementam esta medida de segurança.

Fonte: O autor (2012).

Demonstra-se que a Bradesco Saúde não apresentava, na avaliação diagnóstica, conformidade com a cobrança à sua rede de protocolos reconhecidos para higiene e lavagem das mãos, visando à diminuição de riscos de infecções associados aos cuidados de saúde. Na avaliação para acreditação foi observada, apenas, conformidade parcial com esse item avaliativo.

5.9 INDICADORES DE REDE

A comparação entre as duas avaliações, de acordo com o apresentado no Quadro 12, mostra o nível de conformidade dos indicadores de rede nas avaliações diagnóstica e de acreditação da Bradesco Saúde.

Quadro 12 - Conformidade dos indicadores de rede nas avaliações diagnóstica e de acreditação da Bradesco Saúde.

Indicador	Conformidade Setembro de 2010	Conformidade Outubro de 2011
Dimensionamento da Rede	PC	C
Adequação dos Prazos para Atendimento	C	C
Monitoramento da Qualidade	NC	C
Divulgação da Rede	C	C
Serviços Especiais para Populações de Risco e Vulneráveis	C	C
Serviços Especiais para Populações de Crônicos	C	C
Segurança dos Serviços Cirúrgicos Prestados	NC	PC
Segurança Contra Risco de Infecções	NC	PC

Legenda: C=conforme, PC=parcialmente conforme e NC= não conforme.

Fonte: O autor (2012).

Comparativamente, a adequação dos serviços de saúde aos beneficiários da Bradesco Saúde evoluiu, positivamente, comparando-se os resultados entre as avaliações diagnóstica e para acreditação.

Todos os indicadores mostraram-se conformes na avaliação para acreditação, exceto os referentes à segurança dos serviços cirúrgicos e a segurança contra risco de infecções, que estavam, apenas, parcialmente conformes.

Uma questão que comumente enseja queixas dos beneficiários, o “dimensionamento da rede”, antes parcialmente conforme, na avaliação diagnóstica, tornou-se conforme, na avaliação para acreditação.

Os demais indicadores “conformes” na avaliação diagnóstica, mantiveram-se “conformes”, na avaliação de acreditação.

Apesar da melhoria observada, a operadora apresentou apenas conformidade parcial com duas situações capazes de gerar consequências extremamente danosas aos pacientes. Como já exposto, a cirurgia errada, o procedimento errado, o local cirúrgico errado, e o paciente errado, constituem eventos sentinela, infelizmente, comuns, decorrentes a inobservância de protocolos e diretrizes recomendadas para a cirurgia segura. Da mesma foram protocolos que estabelecem a lavagem das mãos, de modo correto e frequente pelos profissionais de saúde, garantem a diminuição dos riscos decorrentes aos cuidados de saúde. Também, nesse indicador, a Bradesco Saúde foi parcialmente conforme, na avaliação para acreditação.

Utilizando-se a pontuação definida pela metodologia do CBA, estabelecida pelo Manual para avaliação de OPS (conforme-10 pontos, parcialmente conforme-5 pontos e não conforme-zero ponto), na avaliação diagnóstica, a Bradesco Saúde obteve, considerando-se os indicadores do presente estudo, 45 pontos, dos 80 pontos possíveis, e na avaliação de acreditação, 75 pontos, portanto uma evolução de 37,50%. Na avaliação diagnóstica a Bradesco Saúde obteve um percentual geral, portanto, de 56,25% de conformidade, contra 93,75%, na avaliação para acreditação.

6 RESPOSTAS ÀS QUESTÕES AVALIATIVAS, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

6.1 RESPOSTAS AS QUESTÕES AVALIATIVAS

A primeira questão avaliativa do estudo indagava: Em que nível de adequação os serviços de saúde da Bradesco Saúde encontravam-se durante as avaliações diagnósticas e para Acreditação Internacional?

O estudo mostra que a adequação dos serviços de saúde da Bradesco Saúde, na avaliação diagnóstica, analisada pelos indicadores estabelecidos para o presente estudo encontrava-se em conformidade parcial, considerando-os em conjunto. Os indicadores “não conformes” referiam-se ao monitoramento da qualidade, a segurança dos serviços cirúrgicos prestados e segurança contra riscos de infecção. O indicador de dimensionamento da rede estava parcialmente conforme, na avaliação diagnóstica. Na avaliação de acreditação todos os indicadores estavam conformes, exceto àqueles referentes à cirurgia segura (relacionados ao grave evento sentinela constituído por cirurgia errada, local de intervenção cirúrgica errado ou paciente errado) e os indicadores de segurança contra riscos de infecção, ambos parcialmente conformes.

A segunda questão avaliativa versava sobre se havia diferenças nas conformidades observadas quanto à adequação dos serviços de saúde da Bradesco Saúde nas Avaliações Diagnósticas e para Acreditação Internacional.

Foram observadas diferenças significativas entre a conformidade global, considerando-se os indicadores do presente estudo, entre as duas avaliações. Houve uma evolução de 37,50% na conformidade global. Na avaliação de acreditação a Bradesco Saúde obteve um percentual de conformidade de 93,75%, contra os 56,25% observados na avaliação diagnóstica.

Considerando-se os indicadores do estudo, a adequação dos serviços de saúde da Bradesco Saúde, para seus beneficiários, evoluiu de forma significativa, entre a avaliação diagnóstica e a de acreditação.

6.2 CONCLUSÕES

A adequação dos serviços de saúde da Bradesco Saúde para seus beneficiários apresentou evolução favorável, o que pode ser constatado pelos resultados comparados de ambas as avaliações: a diagnóstica e a para acreditação.

No entanto, dois indicadores de extrema importância, o que se refere à cirurgia segura e o de redução de riscos de infecção associados aos cuidados de saúde encontravam-se, apenas, parcialmente conformes, na avaliação para acreditação.

Pode-se concluir que a avaliação diagnóstica foi contributiva para que a Bradesco Saúde ajustasse seus serviços de saúde aos padrões determinados pelas funções do Manual CBA.

Os resultados obtidos pela Bradesco Saúde, a primeira OPS a se submeter, voluntariamente, a um processo de avaliação para acreditação, demonstraram que esta operadora obteve dos processos avaliativos a possibilidade de garantir aos seus beneficiários serviços com melhor qualidade devendo, no entanto, identificar e implantar processos e procedimentos para melhorar a segurança contra eventos sentinela como os relacionados à cirurgia e outros voltados à diminuição dos riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde.

O autor considera que as avaliações foram de grande utilidade, trazendo informações relevantes, através de relatórios apropriados, justificados por evidências.

6.3 RECOMENDAÇÕES

Tratando-se a Bradesco Saúde de uma operadora que não pode, por força legal, possuir serviços próprios, e tão somente referenciar a rede, necessita de trabalhar a relação com seus provedores, no sentido de fazê-los compreender a necessidade de implantarem medidas que diminuam os riscos aos seus beneficiários, durante o fornecimento de serviços de saúde.

Considerando-se a grande complexidade que as OPS, especialmente as com grande extensão de serviços e com maior abrangência geográfica possuem para oferecerem serviços adequados, com qualidade e segurança aos seus beneficiários, e observando-se a evolução dos indicadores nas avaliações diagnóstica e para acreditação da Bradesco Saúde, é recomendável que as OPS procurem

metodologias para a acreditação e certificação que possam ajudá-las na elaboração de políticas, procedimentos e processos que convirjam no sentido de uma rede de serviços adequada quantitativa e qualitativamente, aos seus beneficiários.

As OPS devem manter um processo ativo de monitoramento das conformidades com os padrões das metodologias utilizadas para suas avaliações, nos períodos entre os ciclos para acreditação, de modo que sejam mantidos os níveis desejáveis da qualidade e seguranças dos serviços prestados aos beneficiários.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve ser um estimulador da qualificação das OPS, mas considerando que a avaliação é um processo voluntário e que cada OPS é capaz de eleger a metodologia mais adequada, para sua avaliação, e que os beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar e a sociedade, como um todo, são competentes em identificar as operadoras que se submeteram a avaliações conduzidas por entidades realmente capacitadas para isso.

A criação de indicadores, a partir de elementos de mensuração selecionados dos padrões da função Adequação dos Serviços para os Beneficiários, para o presente estudo permite-nos recomendar que durante processos avaliativos, quando a clareza de elementos de mensuração ou de itens avaliativos for duvidosa, seja utilizado esse meio reverso, isto é, que o elemento de mensuração enseje um propósito e, a partir desse a criação de um indicador, o que pode contribuir, efetivamente, para a identificação do nível de conformidades com os padrões avaliativos.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). *Foco saúde suplementar*: março 2012. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/web_VERSAO_foco_marco_2012.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2012.
- _____. *Índice de reclamações*: desempenho das operadoras a partir do índice de reclamações Rio de Janeiro, [2012?]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site_novo/informacoes_avaliaocoes_oper/indice_reclamacao.asp>. Acesso em: 26 set. 2012.
- _____. Resolução Normativa nº. 259, de 17 de junho de 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa - IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPO. Rio de Janeiro, 2011a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1758>. Acesso em: 26 jan. 2012.
- _____. Resolução Normativa nº. 268, de 1 de setembro de 2011. Altera a Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1826>. Acesso em: 26 jan. 2012.
- _____. Resolução Normativa nº. 277, de 4 de novembro de 2011. Institui o programa de acreditação de operadoras de planos privados de assistência à saúde. Rio de Janeiro, 2011c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1877>. Acesso em: 26 jan. 2012.
- _____. Resolução Normativa nº. 285, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus portais corporativos... . Rio de Janeiro, 2011d. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1923>. Acesso em: 26 jan. 2012.
- ALMEIDA, A. Feliz Ano Novo. *Revista Medicina Social*, São Paulo, ano 29, n. 216, p. 3, jan./fev./mar. 2012.
- ANDREAZZI, F. S. de. *Tendência: acreditação de operadoras e prestadoras de serviço*. São Paulo, 2008. (Síntese do Seminário). Disponível em: <<http://www.advsaude.com.br/noticias.php?local=1&nid=1402>>. Acesso em: 26 jan. 2012.
- ASSPREVISITE. Operadoras de saúde: atos de gestão, notícias e informações. *Acontece nas empresas*, [S.l, 2011?]. (Saúde). Disponível em: <<http://www.assprevisite.com.br/AconteceOperadSaude.html/>>. Acesso em: 17 jan. 2012.

BRDESCO SEGUROS. Relatório de administração. Rio de Janeiro: Bradesco Saúde S. A., 2011. Disponível em: <http://www.bradescosauade.com.br/conteudosauade/pdfs/Bradesco_Saude_Finan_2010-2011.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2012.

BRASIL. Decreto nº. 3.327, de 5 de janeiro de 2000. Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 jan. 2000a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3327.htm/>. Acesso em: 17 jan. 2012.

_____. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm.>. Acesso em: 17 jan. 2012.

_____. 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: 17 jan. 2012.

CECHIN, J.; MARTINS, C. B.; LEITE, F. Variação dos custos médico-hospitalares: setembro 2009. *I.E.S.S.*, São Paulo, p. 18, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/TDIESS00312010VCMHset09.pdf/>>. Acesso em: 26 set. 2011.

CHASSIN, M. Accreditation: challenges for quality and safety of patient care. In: INTERNATIONAL ACCREDITATION CONGRESS, 4., 2011, New Delhi. *Apresentação...* New Delhi: SEAA, 2011.

CODMAN, E. A. *A study in hospital efficiency*. Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1966.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. *Manual de padrões para avaliação de Planos de Saúde*. Rio de Janeiro: CBA, 2010.

_____. *Planos de Saúde: manual do CBA para avaliação de operadoras de Planos de Saúde metodologia II*. Rio de Janeiro: CBA: JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2011.

CREMERJ. Na prática: médicos conquistam um piso mínimo de R\$ 50,00 para as consultas: vitória no movimento de convênios. *Jornal do CREMERJ, Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, n. 239, p. 2, ago. 2011.

FÓRUM DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 7., 2006, São Paulo. *Trabalhos apresentados...* São Paulo: ANAHP, 2006.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. *Anos de incerteza (1930-1937)*: Instituto de aposentadorias e pensões. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/PoliticaSocial/IAP>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios*. [S.l.], 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtml>>. Acesso em: 11 set. 2012.

INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. *Seu plano de saúde: conheça as armadilhas e abusos*. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.idec.org.br/uploads/publicacoes/publicacoes/guia_planos_saude2.p>. Acesso em: 11 jan. 2012.

INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR. *O custo da saúde e envelhecimento populacional*. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.iesssaladeimprensa.institucional.ws/index.php?option=com_content&view=article&id=103:o-custo-da-saude-e-o-envelhecimento-da-populacao&catid=34:pautas&Itemid=28/>. Acesso em: 11 jan. 2012.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. 3 ed. Rio de Janeiro: CBA : JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008.

KLEVENS, R. M. et al. Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals: 2002. *Public Health Reports*, Atlanta, v. 6, n. 122, p.1-5, mar. / abr. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17357358>>. Acesso em: 17 abr. 2012.

MÉDICI, A. C. *Acreditação: ética e cidadania como processos indutores da qualidade hospitalar*. [S.l.], 2010. Disponível em: <http://gersajoinville.blogspot.com.br/2010_09_01_archive.html >. Acesso em: 11 jan. 2012.

MERCADANTE, O. A. (Coord.) et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. cap. 3, p. 236-313. Disponível em: <[www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/.../Finkelman_Jacobo\(Org.\).pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/.../Finkelman_Jacobo(Org.).pdf)>. Acesso em: 16 set. 2011.

MIRANDA, C. da R. Gerenciamento de custos em planos de saúde. In: CASTRO, A. J. W. de; MONTONE, J. *Regulação & Saúde: documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003*, Tomo 1, v. 3. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: UNESCO, 2004. p. 425-461. (Série B. textos básicos de saúde).

NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE. *Standards and guidelines for the accreditation of health plans*. Washington: NCQA, 2009. p.1.

NICKEL, D. A. *Modelo de avaliação da efetividade da atenção em saúde bucal*. 2008. 89 f. Dissertação (Mestrado)-Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

OGDEN, C. L.; CARROLL, M. D. *Prevalence of overweight, obesity, and extreme obesity among adults: United States, trends 1960–1962 through 2007–2008*. Hyattsville, MD: NCHS, 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_adult_07_08/obesity_adult_07_08.pdf/> Acesso em: 5 jan. 2012.

ONLINE MEDICAL TOURISM. The medical Tourism Portal. *Accreditation Organizations*. [S.l. 200-?]. Disponível em: <<http://www.onlinemedicaltourism.com/accreditation-organizations.html/>>. Acesso em: 20 set. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Prevención de las infecciones nosocomiales: guia práctica*. 2. ed. Malta: 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/PISpanish3.pdf> >. Acesso em: 17 abr. 2012.

PADUAN, R. Quem ganha dinheiro com saúde: Os paradoxos de um setor que se expande como poucos, mas onde só alguns têm lucros. *Exame*, São Paulo, 15 dez. 2004. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/revista-exame/edicoes/0833/noticias/quem-ganha-dinheiro-com-saude-m0051486/>>. Acesso em: 04 dez. 2012.

PORTER, M. E. ; TEISBERG, E. O. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Artmad, 2007.

PRATT, L. A.; BRODY, D. J. Depression in the United States Household Population, 2005-2006. *NCHS Data Brief*. [S.l.], n. 7, set. 2008. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db07.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2012.

SANTOS, M. M. P. C. A. dos S. *Acreditação*. [comunicação verbal]. Comunicação feita em 26 abr. 2012.

THE JOINT COMMISSION. *Sentinel event data event type by year 1995-2011*. [S.l.], 1995. Disponível em <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Event_Type_Year_1995-2011.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2012.

UOL. Associação afirma que prestadores de saúde pedem exames desnecessários. *UOL notícias*, [S.l.], 16 nov. 2010. Seção Economia. Disponível em: <<http://economia.uol.com.br/ultnot/infomoney/2010/11/16/ult4040u30559.jhtm/>>. Acesso em: 11 jan. 2012.

WIKIPEDIA. *Instituto Nacional de Previdência Social*. [S.l.], 2012a. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Instituto_Nacional_de_Previd%C3%A7%C3%A3o_Social >. Acesso em: 25 abr. 2012

_____. *International Healthcare Accreditation*. [S.l.], 2012b. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/International_healthcare_accreditation#Accreditation_services/>. Acesso em: 25 abr. 2012.

GLOSSÁRIO

ACREDITAÇÃO- Determinação por parte do organismo de acreditação de que o Plano de Saúde encontra-se em conformidade com os padrões aplicáveis.

ACREDITADA- O Plano de Saúde demonstra conformidade aceitável com os padrões.

AGÊNCIAS REGULADORAS- Órgãos controladores e normativos de atividades específicas à sociedade. No caso da saúde suplementar, trata-se da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

AVALIAÇÃO DE ACREDITAÇÃO- Avaliação de um Plano de Saúde para verificar sua conformidade com os padrões aplicáveis e para determinar sua situação de acreditação, de acordo com a metodologia da agência acreditadora.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA - Avaliação para fins de preparação da OPS- ver também avaliação simulada.

BENEFICIÁRIO - Aquele que tem direito a utilização do Plano de Saúde, garantido por contrato e/ ou apólice coletiva ou individual. Ver também membro.

CALL CENTER - Sistema de atendimento oferecido pelo Plano de Saúde para contato dos beneficiários ou de outras pessoas necessitadas de demandas específicas.

CARTEIRA - Número de pessoas (vidas) com direito a assistência de determinado Plano de Saúde. Ver também vidas.

COBERTURA- Amplitude, localização e característica das atividades que constituem a oferta do plano de saúde aos beneficiários. Escopo dos serviços.

CÓDIGO DE ÉTICA (CÓDIGO DE ÉTICA INSTITUCIONAL)- Documento de texto que, em vista da criação de alguma atividade profissional, é redigido, analisado e, por último, aprovado pela entidade, organização ou governo competente (responsável, entidade-mor que controla tais atividades), de acordo com as atribuições da atividade desempenhada, de forma que ela venha se adequar aos interesses, lutas ou anseios da comunidade beneficiada pelos serviços que serão oferecidos pelo profissional sobre o qual o código tem efeito. Instrumento que busca a realização dos princípios, visão e missão da empresa. Serve para orientar as ações de seus colaboradores e explicitar a postura social da empresa em face dos diferentes públicos com os quais interage.

COMUNIDADE- No sentido amplo consiste na sociedade, órgãos governamentais, agências, associações de classe, conselhos, beneficiários, prestadores de serviços, profissionais de saúde, que se relacionam ou podem se relacionar com o plano de saúde.

CONFORMIDADE - Grau ou nível que um elemento de mensuração dos padrões do Manual é atendido.

CONTRATANTE - Aquele que contrata os serviços de um Plano de Saúde. Pode ser uma pessoa ou uma empresa (estipulante) que pode estender o benefício aos seus funcionários e dependentes ou a outras pessoas, de acordo com o que está no contrato ou apólice.

CONTRATO - Vínculo jurídico entre dois ou mais sujeitos de direito correspondido pela vontade, da responsabilidade do ato firmado, resguardado pela segurança jurídica em seu equilíbrio social. Modo frequente de relação para prestação de serviços entre Planos de Saúde e indivíduos ou empresas.

COPAGAMENTO - Participação financeira do beneficiário, determinada por contrato, em um determinado serviço. Compartilhamento de custos, por utilização de serviços, entre o beneficiário e o plano de saúde.

CRENCIAIS-Evidência de competência e licença, estudo, treinamento e experiência atuais e adequados. Outros critérios podem ser adicionados pelo Plano de Saúde de Saúde. *Ver também* competência; credenciamento.

CRENCIAMENTO - Processo de obtenção, verificação e avaliação das qualificações de um profissional de saúde para que ele preste serviços de cuidado ao paciente em uma ou para um plano de saúde. O processo de verificação periódica das qualificações da equipe é denominado *recredenciamento*.

DADOS - Fatos, observações clínicas ou indicadores coletados durante uma atividade de avaliação. Antes de serem analisados, esses dados são denominados "dados brutos".

EFICIÊNCIA - Relação entre os efeitos (resultados do cuidado) e os recursos utilizados – aumentar a eficiência significa atingir os mesmos ou maiores rendimentos, com menos recursos.

ELEMENTOS DE MENSURAÇÃO- Balizadores para a verificação de conformidade de padrões contidos no Manual. Podem ser considerados conformes, parcialmente conformes, não conformes ou não aplicáveis.

EVENTO SENTINELA - Evento não relacionado à doença do paciente, e que causa sua morte, lesão grave, permanente ou perda de função, ou o risco disso ocorrer, por reincidência. Exemplos: cirurgia em paciente errado, suicídio intra-hospitalar e entrega de recém-nato à família errada.

ESCOPO - Características do plano de saúde no que tange a sua cobertura, serviços oferecidos, localização de profissionais e da rede. Espectro de atividades do plano de saúde.

EXCLUSÃO - Serviços não cobertos pelo contrato e/ou apólice.

FUNÇÃO - Conjunto de padrões específicos pertinentes a distintas áreas, contidos no Manual.

GERENCIAMENTO DE INFORMAÇÕES - Criação, uso, compartilhamento e transmissão de dados ou informações em um plano de saúde. Esta prática é essencial para o funcionamento eficaz e eficiente das atividades do plano de saúde. Isso inclui o papel da gestão na produção e controle do uso dos dados e informações nas atividades de trabalho, gestão das fontes de informação, tecnologia da informação e serviços de informação.

GLOSA - Não pagamento de um serviço apresentado, de modo parcial ou completo, por um prestador ao plano de saúde.

INDICADOR - Medida utilizada para determinar, através do tempo, o desempenho de funções, processos e resultados de um plano de saúde.

INFORMAÇÕES - Mensagens sob forma de dados. Uma mensagem torna-se *informação* se o seu receptor consegue *compreender* o seu conteúdo, isto é, associar a ela, mentalmente, um *significado*. Assim, se a mensagem não for compreensível (por exemplo, escrita ou falada em uma língua desconhecida), ela não será uma informação, mas simples dados.

LEGISLAÇÃO - Conjunto de leis, regulamentos, normas e/ou outras determinações de órgãos legais, conselhos, agências etc.

MEMBRO - Ver beneficiário.

MISSÃO - Expressão escrita que estabelece o propósito ou “missão” de uma organização ou um de seus componentes. A declaração da missão, geralmente, antecede a determinação de propósitos e objetivos. Pode ser considerada como a finalidade da existência de uma organização. A missão da organização liga-se diretamente aos seus objetivos institucionais, e aos motivos pelos quais foi criada, à medida que representa a sua razão de ser.

OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE (OPS) - Ver Planos de Saúde.

PACIENTE - Indivíduo ou beneficiário ao receber cuidado, tratamento e serviços de saúde.

PADRÃO - Declaração que define as expectativas de desempenho, estruturas ou processos que devem estar implantados para que um Plano de Saúde forneça cuidados, tratamentos e serviços de alta qualidade.

PERFIL NOSOLÓGICO - Conjunto de doenças prevalentes e/ou incidentes em uma determinada comunidade.

PLANO COLETIVO - Plano de Saúde em que o contrato e/ou apólice é assinado entre uma entidade jurídica e uma Operadora de Planos Médico-Hospitalares para a assistência à saúde à massa populacional vinculada a pessoa jurídica por emprego, associação ou sindicato.

PLANOS DE SAÚDE- Operadoras de planos privados de assistência à saúde, conforme definição da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), incluindo as Operadoras Odontológicas e as Operadoras de Planos Médicos- Hospitalares. Incluem seguradoras, medicinas de grupo, cooperativas médicas e autogestões.

POLÍTICA - Coleção de objetivos pré-determinados a serem atingidos em diversas áreas de atuação.

PROCEDIMENTO - Em administração ou gestão, ação desencadeada, para o alcance de um resultado.

PROCESSO - Uma série de ações (ou atividades) que transformam os insumos (recursos) em resultados (serviços).

PROFISSIONAL DE SAÚDE - Qualquer pessoa que tenha completado um curso de qualificação e esteja habilitado em algum campo da saúde. Isso inclui médicos, dentistas, enfermeiros ou outros profissionais de saúde. Os profissionais de saúde geralmente são licenciados por uma agência do governo ou certificados por uma organização profissional.

PROGRAMA - Conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, para a obtenção máxima de um resultado, por exemplo, o abandono do tabagismo, por parte de uma determinada população.

PROPÓSITO - Explicação sobre a base lógica, significado e significância de um padrão. O propósito pode conter expectativas detalhadas do padrão, que são avaliadas no processo de avaliação *in loco*.

PROTOCOLO - Resumo de um projeto, com as diretrizes básicas, participantes e processos; protocolo médico/clínico - orientações médicas para um tratamento. Geralmente inclui um plano de tratamento, resume consensos e aborda questões práticas.

PROVEDOR- Pessoa física ou jurídica que disponibiliza atendimento ou cuidados aos beneficiários do Plano de Saúde.

REDE DE ATENDIMENTO (REDE DE SERVIÇOS) - Rede contratada ou credenciada e rede própria, consideradas conjuntamente, constituída de distintos profissionais de saúde, provedores, clínicas, hospitais, serviços diagnósticos e complementares e serviços de reabilitação.

SAÚDE SUPLEMENTAR - Sistema integrado por organizações de saúde que dão assistência a beneficiários individuais ou coletivos, através de celebração de contrato, integrado por empresas de medicina de grupo, seguradoras, cooperativa médica e autogestões. Este sistema não pertence ao SUS- Sistema Único de Saúde (governamental).

VIDAS - Número de pessoas que constituem a carteira do Plano de Saúde. Ver também carteira.