



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

O Impacto da Regulação na Gestão da Qualidade
nas Operadoras de Planos de Saúde no Brasil

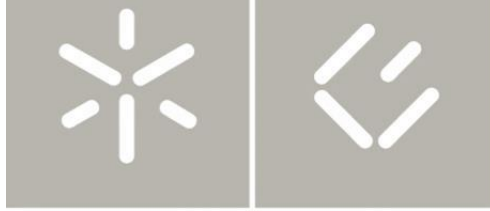
Jane Silva de Sousa

UMinho | 2022

Jane Silva de Sousa

O Impacto da Regulação na Gestão da
Qualidade nas Operadoras de Planos de
Saúde no Brasil

fevereiro 2022



Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Jane Silva de Sousa

O Impacto da Regulação na Gestão da Qualidade nas Operadoras de Planos de Saúde no Brasil

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Gestão e Negócios

Trabalho realizado sob a orientação do

Professor Doutor José António de Almeida Crispim

fevereiro de 2022

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

AGRADECIMENTOS

A finalização dessa dissertação foi um grande desafio, pois, em meio a sua elaboração, fui mãe de duas lindas meninas, as quais foram mais um motivo para sua conclusão.

Agradeço em especial ao meu companheiro Claudio Rodrigues que com todo o amor e paciência me apoiou e incentivou que para que esse trabalho fosse concluído.

A minha amiga Valdinéia Silva e seu marido Daniel Cirillo, que me deram valiosas sugestões de melhoria contribuindo com suas experiências para o enriquecimento dessa dissertação.

Ao meu orientador professor Doutor José Antônio Crispim, pelas discussões, apoio e orientação para realização deste trabalho.

Aos gestores das empresas que colaboram com as respondendo às entrevistas, pelas informações e disponibilidade.

Aos meus pais, que sempre serão minhas inspirações de vida, pelo incentivo por acreditarem em mim e me encorajarem a realização desse mestrado.

Aos meus irmãos e amigos que me acompanharam, inspiraram e incentivaram no meu percurso acadêmico.

A todas as pessoas que de alguma forma me apoiaram e me estimularam para a realização desse trabalho.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

RESUMO

O presente estudo pretende abordar o impacto da regulação na qualidade da assistência prestada pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência a Saúde no Brasil, buscando discutir os aspectos envolvidos com a regulação, mais especificamente pelas Resoluções Normativas publicadas pelo órgão que regula o setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): Resolução Normativa nº 323/2013: que instituiu a unidade organizacional de Ouvidoria; a Resolução Normativa nº 386/2015: que instituiu o Programa de Qualificação das Operadoras; e sob o aspecto fiscalizatório, a Resolução Normativa nº 388/15: que instituiu a Notificação de Investigação Preliminar; e a Resolução Normativa nº 452/2020: que instituiu o Programa de Acreditação de Operadoras.

Este trabalho tem como objetivos, identificar as atividades e processos organizacionais utilizados pelas operadoras de planos de saúde para atendimento as exigências legais da ANS, com atenção para os normativos relacionados com qualidade. Além disso, pretende-se entender como as normas publicadas pela ANS podem influenciar as operadoras na gestão da qualidade, bem como identificar fatores relevantes que direcionem os seus esforços para implementação de ações para o seu gerenciamento e como estas refletem na prestação dos serviços. Espera-se também, entender qual o conhecimento, visão e expectativas das empresas do setor com relação ao tema pesquisado.

Nesse sentido foi realizada uma pesquisa qualitativa, com dados coletados através de entrevistas não presenciais, enviadas por *e-mail* para oito gestores representantes das operadoras de planos de saúde, de diversas regiões do Brasil, com objetivo de responder às questões da pesquisa.

Após análise e discussão dos resultados foi possível constatar que para as operadoras atenderem à regulação imposta pela ANS, foram necessários desenvolvimentos ou ajustes nos processos organizacionais, e que de forma geral, as exigências legais (normas destacadas neste estudo) parecem colaborar como mecanismo propulsor da qualidade assistencial. Cabe ainda mencionar que as exigências legais são importantes incentivadores para a utilização, desenvolvimento e aplicação de ferramentas da qualidade, porém, trouxeram impactos operacionais, financeiros e assistenciais para as operadoras. Por fim foi possível averiguar que a gestão da qualidade traz impactos significativos em todos os processos organizacionais e consequentemente na satisfação do cliente.

PALAVRAS-CHAVE: Operadoras de Planos de Saúde, Saúde Suplementar, Regulação, Qualidade em Serviços de Saúde

ABSTRACT

The present study intends to approach the impact of regulation on the quality of assistance provided by the Operators of Private Health Care Plans in Brazil, seeking to discuss the aspects involved with regulation; more specifically by the normative resolutions published by the organ that regulates the sector, the National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans (ANS): Normative Resolution n° 323/2013: which instituted the Ombudsman organizational unit; Normative Resolution n° 386/2015: which instituted the Operators' Qualification Program; and under the supervisory aspect, Normative Resolution n° 388/15: which instituted the Notification of Preliminary Investigation; and Normative Resolution n° 452/2020: which instituted the Operators' Accreditation Program.

This study aims to identify the activities and organizational processes used by health insurance companies to meet the legal requirements of the ANS, focusing on the regulations related to quality. Furthermore, it intends to understand how the norms published by the ANS can influence the operators in quality management, as well as to identify relevant factors that direct their efforts to implement quality management actions and how these reflect in the provision of their services. It is also expected to understand the knowledge, vision and expectations of companies in the sector in relation to the researched theme.

In this regard, a qualitative survey was conducted, with data collected through non-presential interviews, sent by e-mail to eight managers representing health insurance from several regions of Brazil, with the aim of answering the enquiry questions.

After analysis and discussion of the results it was possible to verify that for the operators to meet the regulation imposed by the ANS, development or adjustments in the organizational processes were necessary, and that in general, the legal requirements (norms highlighted in this study) seem to collaborate as a mechanism that promotes the quality of care. It is also worth mentioning that the legal requirements are important incentives for the use, development and application of quality tools, but have brought operational, financial and healthcare impacts for the operators. Finally, it was possible to verify that quality management has significant impacts on all organizational processes and, consequently, on customer satisfaction.

KEY WORDS: Health Plan Operators, Supplementary Health, Regulation, Quality in Health Services

ÍNDICE GERAL

1.	INTRODUÇÃO	1
1.1	Objetivos.....	1
1.2	Abordagem Metodológica	2
1.3	Estrutura da Dissertação	2
2.	ENQUADRAMENTO	3
2.1	A Saúde Suplementar no Brasil	3
2.1.1	Crescimento e Desenvolvimento do Setor	6
2.1.2	Panorama do Setor	6
2.2	A Regulação em Saúde.....	12
2.2.1	Aspectos Conceituais da Regulação.....	12
2.2.2	Regulação na Saúde Suplementar	14
2.3	Qualidade em Serviços de Saúde.....	15
2.3.1	Conceitos de Qualidade em Serviços	15
2.4	A Regulação e a Qualidade Assistencial	18
2.4.1	Resolução Normativa nº 323/2013 – Ouvidoria	19
2.4.2	Resolução Normativa nº 386/2015 – Programa de Qualificação das Operadoras	20
2.4.3	Resolução Normativa nº 388/2015 – Notificação de Intermediação Preliminar.....	21
2.4.4	Resolução Normativa nº 452/2020 – Programa de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde	23
3.	REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1	O Sistema de Saúde Suplementar	25
3.2	A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	25
3.3	A Regulação na Saúde Suplementar	27
3.4	A Regulação e a Qualidade Assistencial	27
3.4.1	Ouvidoria	28
3.4.2	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)	29
3.4.3	Notificação de Intermediação Preliminar (NIP)	32
3.4.4	Acreditação.....	33
4.	METODOLOGIA.....	36
4.1	Tipo de Pesquisa.....	36
4.2	Amostra	37

4.3	Coleta de Dados.....	38
4.4	Tratamento dos Dados	42
5.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	44
5.1	Identificação dos Entrevistados e Caracterização das Operadoras	44
5.2	Informações Gerais e Atuação no Mercado	45
5.3	Grupo 1 – Atendimento as Exigências ANS	46
5.3.1	Estrutura para Atender as Exigências da ANS	46
5.3.2	Implantação das Normas ANS.....	47
5.3.3	Participação no Programa de Acreditação.....	50
5.4	Grupo 2 – Relação Qualidade x Regulação ANS	51
5.4.1	Resultados da Implantação das Normas	51
5.4.2	Atuação do Órgão Regulador	52
5.4.3	Avaliação da Qualidade na Saúde Suplementar	54
5.4.4	Desafios e Oportunidades para o Setor.....	55
5.5	Grupo 3 – Gestão da Qualidade.....	56
5.5.1	Entendimentos Sobre a Qualidade da Assistência Prestada ao Beneficiário	56
5.5.2	Ferramentas e Prática para a Gestão da Qualidade.....	57
5.5.3	Utilização de Programas, Metodologias e Ferramentas da Qualidade	59
6.	CONCLUSÃO, LIMITAÇÃO E INVESTIGAÇÕES FUTURAS	60
6.1	Contributos	63
6.2	Limitações	64
7.	REFERÊNCIAS	65
8.	ANEXOS.....	71
	ANEXO 1 – Indicadores IDSS – Ano Base 2020	71
	ANEXO 2 – Apresentação e Objetivos Gerais da Entrevista – E-mail	72
	ANEXO 3 – Roteiro da Entrevista.....	73

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estudos sobre Ouvidoria	28
Tabela 2 - Estudos sobre o IDSS	30
Tabela 3 - Estudos sobre a NIP	32
Tabela 4 - Estudos sobre Acreditação.....	33
Tabela 5 - Caracterização das Operadoras	37
Tabela 6 - Roteiro das Entrevistas – primeira parte.....	39
Tabela 7 - Roteiro das Entrevistas – segunda parte	40
Tabela 8 - Temas da Pesquisa	43
Tabela 9 - Desafios e Oportunidades	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Quadro Institucional da Saúde no Brasil	4
Figura 2 - A Cadeia Produtiva dos Serviços de Saúde.....	4
Figura 3 - Modelo de Planos de Saúde	5
Figura 4 - Beneficiários de Assistência a Saúde no Brasil (2000-2021)	7
Figura 5 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - setembro/2021)	8
Figura 6 - Taxa de Cobertura de Assistência Médica por Unidade de Federação (Brasil – Setembro/2021)	9
Figura 7 - Evolução do Registro de Operadoras no Brasil (1999-2021).....	10
Figura 8 - Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil - setembro/2016-setembro/2021)	11
Figura 9 - Regulação da Saúde Suplementar	15

ABREVIATURAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CLT - Consolidação das Leis de Trabalho
COVID-19 - *Coronavirus Disease 2019*
EU - União Europeia
EUA - Estados Unidos da América
IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IESS – Instituto de Estudos da Saúde Suplementar
KPI - *Key Performance Indicator*
NIP – Notificação de Intermediação Preliminar
ONA - Organização Nacional de Acreditação
OPI - *Operational Performance Indicator*
OPS – Operadora de Planos de Saúde
PME – Pequenas e Médias Empresas
PQO – Programa de Qualificação das Operadoras
PQSS – Programa da Qualificação da Saúde Suplementar
RN – Resolução Normativa
RVE - Reparação Voluntária e Eficaz
SUS – Sistema Único de Saúde
TISS - Troca de Informações na Saúde Suplementar
UF - Unidade da Federação

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo pretende abordar o impacto da regulação na qualidade da assistência prestada pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência a Saúde no Brasil, buscando discutir os aspectos envolvidos com a regulação, mais especificamente pelas resoluções normativas (RN) publicadas pelo órgão que regula o setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): Resolução Normativa nº 323/2013: que instituiu a unidade organizacional de Ouvidoria; a Resolução Normativa nº 386/2015: que instituiu o Programa de Qualificação das Operadoras; e sob o aspecto fiscalizatório, a Resolução Normativa nº 388/15: que instituiu a Notificação de Investigação Preliminar; e a Resolução Normativa nº 452/2020: que instituiu o Programa de Acreditação de Operadoras.

1.1 Objetivos

O estudo será realizado com intuito de discorrer sobre o setor da saúde suplementar bem como apresentar as normativas publicadas pela ANS que tenham forte relacionamento com o tema proposto, ou seja, de analisar o impacto da regulação na gestão da qualidade nas operadoras de planos de saúde no Brasil. Pretende-se também abordar os conceitos de qualidade com foco em serviços, visto estar atrelado ao tema da pesquisa, e ainda identificar as atividades e processos organizacionais utilizados pelas operadoras de planos de saúde para atendimento as exigências legais da ANS, com atenção para os normativos relacionados com qualidade e com as ferramentas de gestão da qualidade.

Com a pesquisa pretende-se entender como as normas publicadas pela ANS podem influenciar as operadoras de planos de saúde na gestão da qualidade, bem como identificar fatores relevantes que direcionem os seus esforços para implementação de ações para o seu gerenciamento e como estas refletem na prestação dos serviços. Espera-se também contribuir colocando questões de investigação sobre a regulação e qualidade, bem como entender qual o conhecimento, visão e expectativas das empresas do setor com relação ao tema pesquisado, respondendo as seguintes questões:

- a. Como a regulação influencia as operadoras de planos de saúde na gestão da qualidade?
- b. Como as operadoras de planos de saúde atendem a exigências legais?
- c. Quais as ferramentas e práticas de gestão da qualidade utilizadas pelas operadoras?
- d. Como os processos para atendimento a regulação contribuem nas práticas de gestão da qualidade?

1.2 Abordagem Metodológica

Com o intuito de responder as questões da pesquisa, foi escolhida uma estratégia metodológica que melhor se adequa para atingir os objetivos do estudo, dessa forma optou-se por uma abordagem qualitativa. Segundo Creswell (2007) a pesquisa qualitativa usa métodos múltiplos interativos e humanísticos e envolvem a participação ativa dos participantes, com métodos de coleta de dados tradicionalmente baseados em observações abertas, entrevistas e documentos.

Dessa forma os dados serão coletados através de entrevistas não presenciais, enviadas por *e-mail* para gestores representantes das operadoras de planos de saúde, de diversas regiões do Brasil. As questões das entrevistas foram elaboradas com base na revisão da literatura e posteriormente foram compiladas para análise e discussão dos resultados.

1.3 Estrutura da Dissertação

Esta dissertação encontra-se dividida em seis capítulos. No primeiro capítulo, é realizada a introdução, onde constam os objetivos e as questões de partida, bem como a abordagem metodológica e a estrutura deste trabalho.

No segundo capítulo, é apresentado o enquadramento desta investigação, onde são abordados os temas centrais do estudo, que são: o Setor da Saúde Suplementar no Brasil, a Regulação em Saúde, a Qualidade em Serviços de Saúde e a também a Regulação e a Qualidade Assistencial.

Em seguida, no terceiro capítulo é realizada a revisão de literatura, onde são apresentados estudos referentes a saúde suplementar, relacionados com os temas objetos dessa dissertação: regulação e qualidade.

No quarto capítulo é abordada a metodologia, caracterizada a amostra e descrita a elaboração e apresentação do roteiro de entrevista, o qual foi utilizado como instrumento para a coleta de dados. Ainda no quarto capítulo são apresentados os procedimentos efetuados para a coleta e tratamento dos dados.

No quinto capítulo, são apresentados e discutidos os resultados obtidos nesta dissertação.

Por fim, no sexto capítulo, são expostas as conclusões de forma a responder às questões de partida, incluindo também as contribuições e as limitações do estudo bem como sugestões para futuras investigações.

2. ENQUADRAMENTO

2.1 A Saúde Suplementar no Brasil

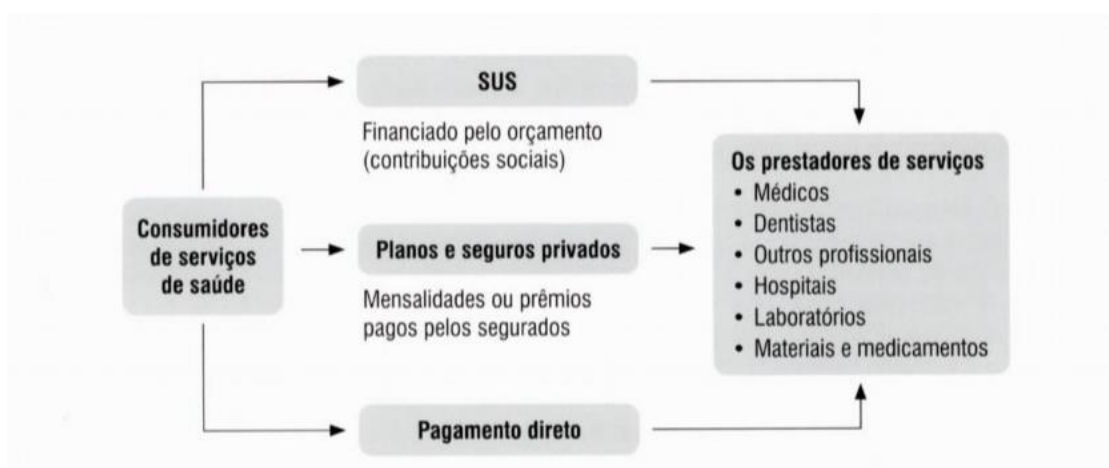
Cabe iniciar o tema abordando as características do sistema de saúde no Brasil a partir da Constituição Federal da República, promulgada em 1988, que estabeleceu garantias fundamentais a todos os cidadãos brasileiros.

A base do sistema de saúde brasileiro partiu da determinação expressa no artigo 196 da Constituição Federal: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição da República Federativa Do Brasil, 1988). Torna-se dever do Estado promover políticas econômicas e sociais na área da saúde de forma a garantir o acesso universal e igualitário a toda a população brasileira. A constituição determina ainda no artigo 198 que: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (“Constituição Da República Federativa Do Brasil,” 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal e regulamentado pela Lei n.º 8.080/1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde. Apesar da determinação e da criação do SUS, o espaço para outras modalidades de organização dos serviços foi mantido. Criou-se um sistema de acesso universal, baseado no financiamento público, mas foi mantida a liberdade de organização da iniciativa privada. Como consequência, o sistema de saúde brasileiro, sob a ótica da origem dos recursos, é constituído por dois subsistemas: o público e o privado (M. E. Barros & Piola, 2016).

Na Figura 1 podemos visualizar o quadro institucional da saúde no Brasil, onde se caracteriza o sistema público: pelo SUS e o sistema privado: pelo subsector da saúde suplementar, composto pelos planos e seguros privados e o subsector liberal clássico, com pagamento direto efetuado pelos consumidores aos prestadores de serviços.

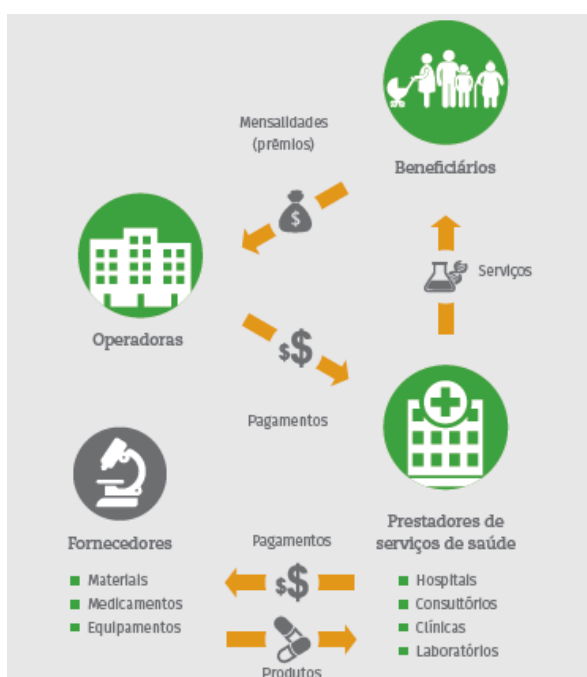
Figura 1 - Quadro Institucional da Saúde no Brasil



Fonte: (Alves, 2015)

A saúde suplementar constitui um sistema privado de serviços de saúde prestado por meio de convênios ou planos de saúde administrado pelas Operadoras de Planos de Saúde (OPS). O sistema inicia quando, o cidadão, também chamado de beneficiário, embora tenha acesso ao sistema público e possa continuar a usá-lo livremente, decide desembolsar um fluxo monetário para ter o acesso aos serviços de saúde. Os beneficiários ao demandarem um serviço, não pagam diretamente ao prestador, visto já ter efetuado o pagamento a operadora, sendo esta responsável por efetuar o pagamento aos agentes envolvidos no atendimento, quais sejam clinicas, laboratórios entre outros, para garantir a devida prestação do serviço. (Azevedo et al., 2017). Conforme podemos observar na Figura 2 a seguir:

Figura 2 - A Cadeia Produtiva dos Serviços de Saúde



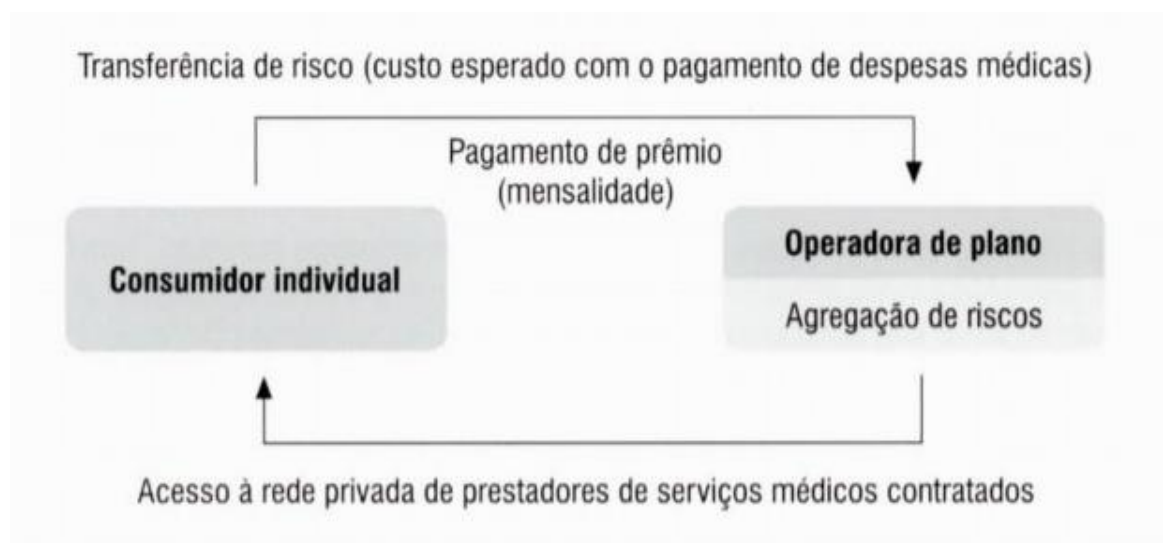
Fonte: (FenaSaúde, 2018)

Os planos de saúde são importantes geradores de renda na cadeia, visto que os recursos recebidos através das mensalidades dos planos de saúde retornam através dos serviços de saúde contratados, estimulando a riqueza na cadeia produtiva, além de ser um impulso para a economia e também da melhora da qualidade de vida e da saúde de quem os contrata.

As operadoras operam os planos privados de assistência a saúde através de um contrato privado de prestação de serviço, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, o acesso a uma rede assistencial referenciada ou contratada (formada por clínicas, hospitais, laboratórios e demais serviços previstos no contrato, conforme as normas da ANS), ou, ainda, a estabelecimentos de saúde livremente escolhidos pelo beneficiário mediante reembolso.

O modelo dos planos de saúde é baseado na transferência de risco, ou seja, o risco é repassado para a operadora que através do recebimento da mensalidade paga pelo beneficiário, assume os custos das despesas médicas e deve oferecer o acesso à rede de prestadores de serviços de médicos para os tratamentos de eventuais danos ocorridos a saúde do consumidor. (Alves, 2015) Conforme mostra a Figura 3:

Figura 3 - Modelo de Planos de Saúde



Fonte: (Alves, 2015)

Os planos de saúde podem ser contratados diretamente por uma pessoa e os membros da família podem participar do plano como dependentes, conforme definido no contrato, neste caso será um plano familiar ou contratados por pessoa jurídica (empresas) com mensalidade total ou parcialmente paga à operadora pela contratante, inclui também os contratos mantidos por autogestão em que o beneficiário paga parcialmente a mensalidade.

2.1.1 Crescimento e Desenvolvimento do Setor

Podemos citar alguns fatores históricos contribuíram para a formação, desenvolvimento e crescimento da saúde suplementar: (I) o advento de industrialização do país, a partir dos anos de 1950, com a chegada de corporações estrangeiras que contrataram assistência privada para seus empregados, com vistas à garantia da produtividade, incentivando a sua propagação a outros setores de trabalho, estimulando, a formação das primeiras organizações voltadas à prestação de serviços privados de saúde. (II) o Decreto-lei nº 200, instituído pelo governo militar de 1964, que viabilizou a contratação de empresas médicas para a implementação de programas e projetos de responsabilidade do Estado, fomentando, com recursos públicos, o crescimento do parque privado de prestação de serviços de assistência à saúde. (III) a recessão econômica dos anos de 1980, surgida na crise do petróleo de 1978, que acarretou a retração nos pagamentos dos convênios com empresas médicas, dando margem para que as organizações médicas, já consolidadas financeira e estruturalmente, passassem a fornecer diretamente seus serviços a indivíduos ou empresas; (IV) e a própria Constituição Federal que descentralizou o financiamento da prestação dos serviços médicos e favoreceu que as empresas médicas também passassem a vender serviços à rede pública de assistência à saúde (Milano Falcão Vieira & Ferreira Vilarinho, 2004).

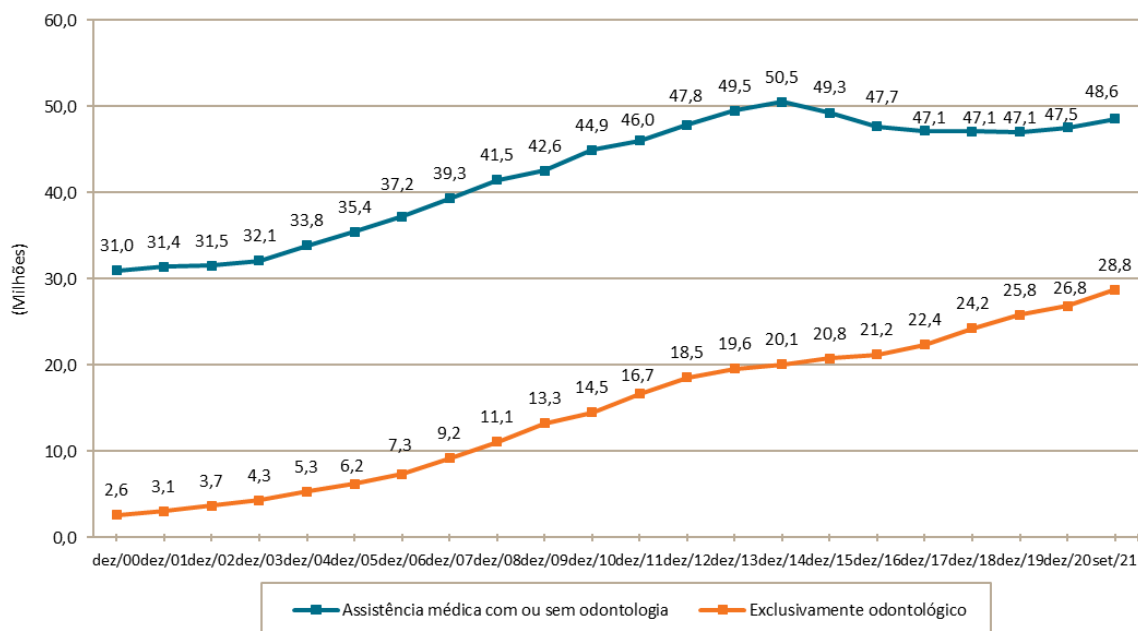
O crescimento e a expansão do setor, concomitante a criação de um sistema de saúde universal, pode ser justificada pela baixa qualidade atribuída ao sistema público, antes com acesso reduzido, não receberam os investimentos necessários à sua expansão, tendo a classe média buscado progressivamente a solução para os seus problemas no sistema privado (Abelha, Gonçalves, & Pitassi, 2014). Outro fator estimulante importante, contudo, deve ser os subsídios indiretos propiciados pelo sistema fiscal brasileiro, que permite a inclusão no Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas (empresas), como despesas operacionais, do valor desembolsado para o pagamento de despesas com saúde, incluindo planos e seguros de saúde. Também às pessoas físicas é permitido deduzir as despesas com saúde no imposto de renda, como abatimento sobre a renda bruta, diminuindo, desta forma, a base de cálculo para o Imposto de Renda (M. E. Barros & Piola, 2016).

2.1.2 Panorama do Setor

Dados da ANS demonstram que o mercado de planos de assistência à saúde atende a mais de 77,4 milhões de beneficiários no Brasil. Destes, 48,6 milhões são atendidos por operadoras médico-hospitalares, e mais de 28,8 milhões por operadoras exclusivamente odontológicas. Os planos exclusivamente odontológicos mantiveram-se em crescimento ao longo dos anos enquanto os planos

de assistência médica retomaram o crescimento a partir de 2017 em número de beneficiários, conforme demonstrado na Figura 4:

Figura 4 - Beneficiários de Assistência a Saúde no Brasil (2000-2021)



Fonte: (ANS, 2021a)

Cabe mencionar as definições da ANS quanto a classificação e os tipos de plano, sendo que os benefícios e coberturas garantidos variam, conforme abaixo:

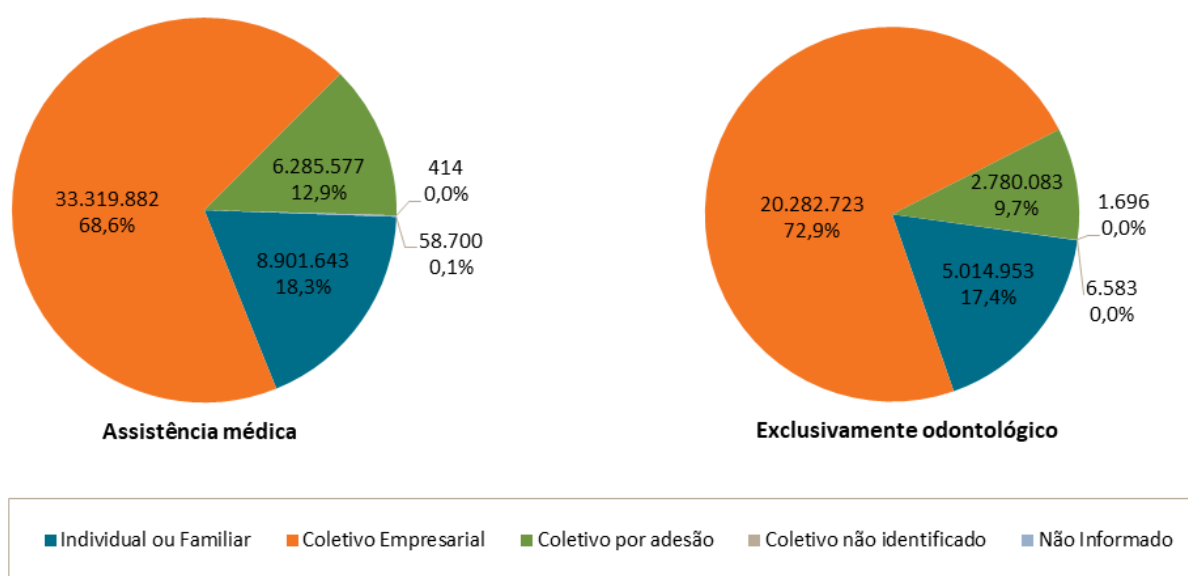
- **Contrato novo:** é aquele celebrado na vigência da lei nº 9.656/98, ou seja, a partir de 1º de janeiro de 1999, marco regulatório do setor. O registro na ANS é obrigatório e submete-se totalmente à nova legislação.
- **Contrato antigo:** é aquele celebrado antes da vigência da lei nº 9.656/98.

Quanto a pessoas que contrata o plano:

- **Tipo de Contratação Individual ou Familiar:** contrato assinado entre um indivíduo e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular do plano (individual) ou do titular e de seus dependentes (familiar).
- **Coletivo empresarial:** é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária (ANS, 2021b).
- **Coletivo por adesão:** é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial (ANS, 2021b).

No que se refere ao tipo de contrato, mais de 68% dos beneficiários, tanto de planos médico-hospitalares, quanto odontológicos, estão atualmente vinculados a planos coletivos empresariais, ou seja, possuem o benefício pela empresa em que trabalham, conforme demonstrado na Figura 5. Observa-se que ainda beneficiários em planos “não informados” ou “não identificados”, contudo esse número tem diminuído pelo aperfeiçoamento da troca de informações entre as operadoras e a ANS.

Figura 5 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - setembro/2021)

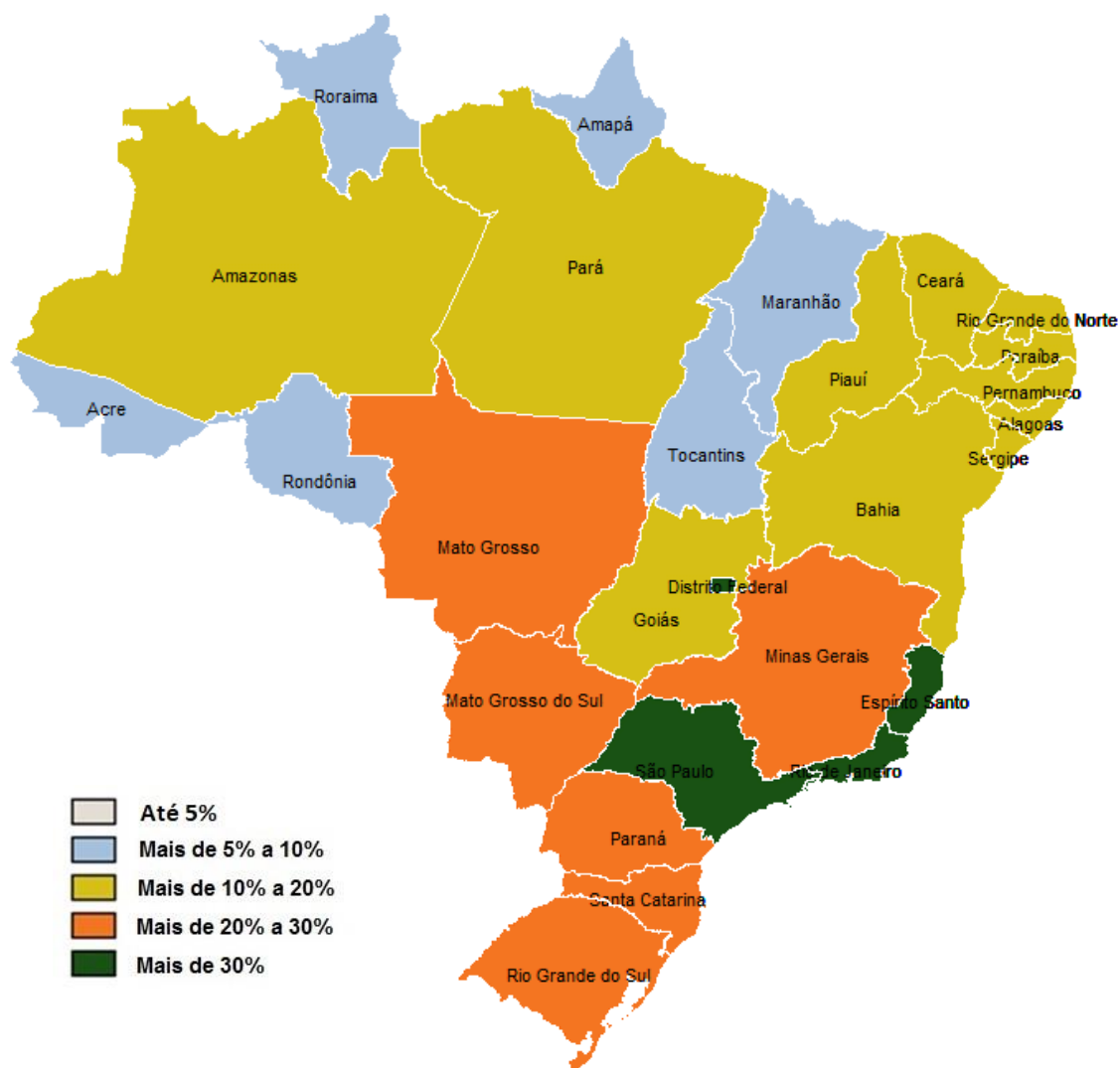


Fonte: (ANS, 2021a)

O volume de beneficiários atendidos em nível nacional corresponde a 25% da população brasileira, podemos observar na Figura 6, a taxa de cobertura por unidade da federação, observa-se maior cobertura nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo.

Os resultados do estudo de Souza Júnior et al. (2021) mostram que a cobertura de plano de saúde continua concentrada nos grandes centros urbanos, nas regiões Sudeste (Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo) e Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), entre aqueles com melhor nível socioeconômico e entre aqueles que possuem algum vínculo de trabalho formal, com carteira de trabalho assinada, como empregadores ou servidores públicos e militares.

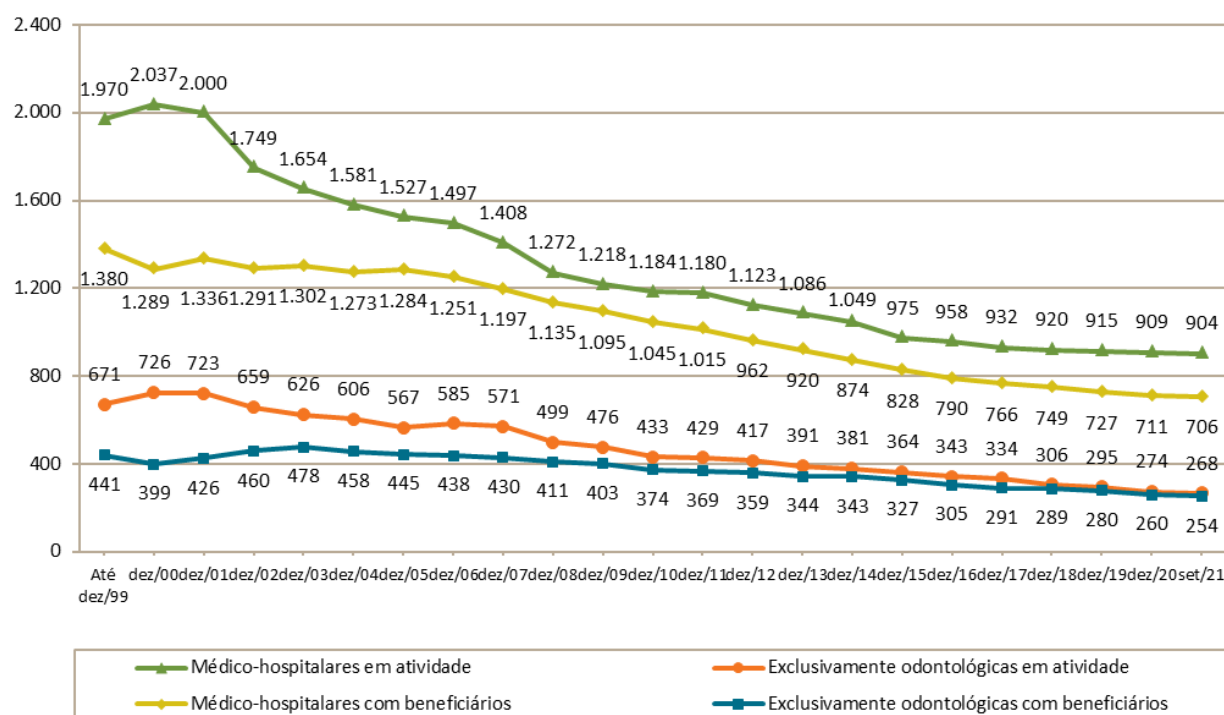
Figura 6 - Taxa de Cobertura de Assistência Médica por Unidade de Federação (Brasil – Setembro/2021)



Fonte: (ANS, 2021a)

A legislação trouxe benefícios aos consumidores, porém, alguns entraves para as operadoras, que pode ser justificado em parte, pelas dificuldades em adaptar-se as leis impostas pelo órgão regulador. Os dados da ANS indicam importante redução do número de operadoras de planos de saúde ao longo dos últimos anos. A Figura 7 mostra a evolução do número de operadoras de planos privados de saúde em atividade no Brasil entre 1999 e 2021.

Figura 7 - Evolução do Registro de Operadoras no Brasil (1999-2021)



Fonte: (ANS, 2021a)

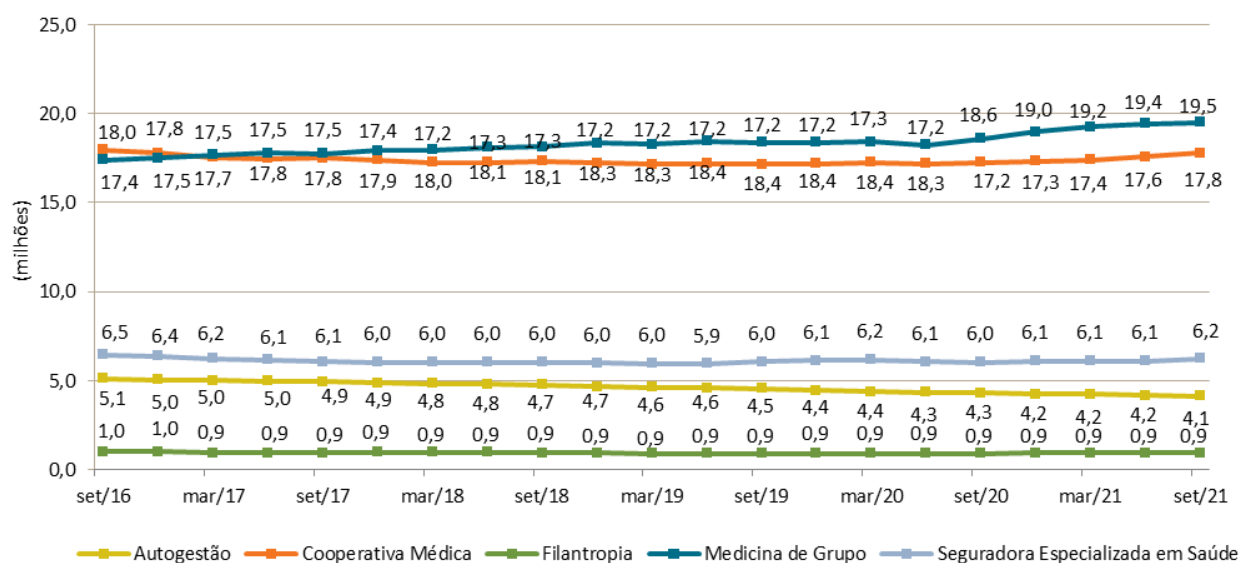
As operadoras diferenciam-se em termos de estruturas de gestão, finalidade de lucro e tipos de planos comercializados, classificadas pela ANS nas seguintes modalidades:

- **Administradora de benefícios:** pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos (ANS, 2021b).
- **Autogestão:** entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos (ANS, 2021b).
- **Cooperativa (médica ou odontológica):** operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos ou odontólogos que comercializa ou opera planos de assistência à saúde (ANS, 2021b).

- **Filantropia:** entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo ministério competente, bem como da declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual, ou municipal junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente (ANS, 2021b).
- **Medicina de Grupo/Odontologia de Grupo:** operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos privados de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades administradora, cooperativa, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde (ANS, 2021b).
- **Seguradora especializada em saúde:** empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro. (ANS, 2021b)

A Figura 8 apresenta o número de beneficiários de planos de saúde por modalidade de operadoras, observa-se maior concentração nas empresas classificadas como medicina de grupo e cooperativa médica.

Figura 8 - Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil - setembro/2016-setembro/2021)



Fonte: (ANS, 2021a)

2.2 A Regulação em Saúde

De acordo com Gamarra (2017) a regulação em saúde implica a intervenção do Estado para assegurar a produção, distribuição e o consumo de serviços de saúde e requer o estabelecimento de leis, normas e procedimentos que serão incorporados pelos variados agentes que atuam no sistema.

Segundo Oliveira e Elias (2012) a regulação é apresentada como uma atividade do Estado ligada a uma variedade de funções: normativa, administrativa, econômica, política e de governança. Com a intervenção do Estado através da regulação, esperam-se ações direcionadas aos cidadãos, para que haja a correta distribuição de bens e serviços de acordo com as necessidades da população, e não de acordo com o interesse do indivíduo ou grupos. Quanto mais forte for a atuação do Estado, por meio da introdução de mecanismos de regulação, melhores devem ser os resultados em termos de qualidade, equidade e acesso (CONASS, 2011).

A regulação sobre os diversos atores do mercado, que ofertam e demandam serviços de saúde, também é considerado um importante instrumento de gestão que pode se transformar em um grande equalizador social do sistema de saúde para reduzir a desigualdade entre os componentes público e privado, além de minimizar a relação necessidade, demanda e oferta, auxiliando-a para que seja coerente e sem grandes problemas (Gamarra, 2017).

De modo geral, os sistemas de saúde buscam, como objetivos a serem alcançados, a garantia do acesso universal, a prestação do cuidado efetivo, o eficiente uso dos recursos disponíveis, a qualidade na prestação dos serviços e a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população. Embora haja certa convergência nos objetivos, os sistemas de saúde têm se organizado de formas distintas para alcançá-los (CONASS, 2011).

Cabe ressaltar que o conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde ainda são objeto de debate, existindo compreensões distintas do tema, além de sofrerem variações ao longo dos anos e conforme o entendimento dos atores sociais em foco (Santos & Merhy, 2006).

2.2.1 Aspectos Conceituais da Regulação

Como forma de introduzir as discussões atreladas ao tema desse trabalho cabe abordar os aspectos conceituais da regulação. Os estudos na área de regulação, de uma forma geral, tem dado enfoque especialmente sua dimensão econômica.

A teoria econômica clássica atribui a “lei da oferta e da demanda”, em um mercado de livre competição, à determinação das quantidades e dos preços da produção. Quando não estão dadas as perfeitas condições de competição, ocorrem as “falhas de mercado” (Santos & Merhy, 2006).

Consoante a teoria econômica a regulação pode ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir as falhas de mercado, utilizando instrumentos como incentivos financeiros, de comando e controle (Santos & Merhy, 2006). Essa teoria considera que as falhas de mercado são as razões que levam à regulação de determinada atividade econômica. Uma vez adotadas medidas regulatórias, supõe-se que os agentes reguladores diminuem ou eliminam as ineficiências geradas pelas falhas de mercado (Campos, 2009).

As imperfeições ou as chamadas falhas de mercado ocorrem quando uma, ou mais das condições de perfeita competição não estão presentes. A intensidade dessas falhas vai definir uma maior ou uma menor necessidade de intervenção do Estado na economia com o objetivo de maximizar o bem-estar na sociedade (Castro, 2002).

Segundo Barros e Amaral (2017) a regulação econômica, diz respeito ao conjunto das medidas destinadas a colmatar as falhas de mercado e à consequente necessidade de intervenção pública. Estão em causa falhas tão diversas como a informação assimétrica, o risco sistêmico, ou a transição de setores monopolizados para setores liberalizados, que justificam a específica regulação econômica existente em determinados setores.

De maneira geral, a regulação pode ser compreendida como instrumentos e atividades através dos quais o governo impõe obrigações sobre as empresas, os cidadãos e sobre si próprio para atingir os propósitos e metas das políticas públicas. A atividade regulatória comporta leis, regulamentos e normas elaboradas em todas as esferas governamentais e por organizações que possuam poderes regulatórios delegados pelo governo. A regulação foi vista inicialmente como a interferência do Direito na sociedade e nos indivíduos, contudo, com a formação dos Estados modernos, passou a ser considerada também, como a intervenção estatal nos sistemas sociais (Gamarra, 2017).

Um conceito mais amplo de regulação pode ser o de um conjunto de ações que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos. A regulação abarcaria tanto o ato de regulamentar, ou seja, de elaborar leis, regras, normas e instruções, as próprias regulamentações, quanto as ações e técnicas que asseguram o cumprimento destas, como: fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações (Mendonça, Reis, & Moraes, 2006).

Considerando os aspectos conceituais, caber ressaltar que a regulação desempenha função primordial, ao buscar reproduzir as condições de competição, para que os consumidores tenham acesso a produtos e serviços com a qualidade e os níveis de preços que obteriam em um ambiente competitivo. A ação regulatória costuma se concentrar em três pontos: preços, qualidade e condições de entrada e saída. Os incentivos regulatórios mais amplamente utilizados são a introdução de normas específicas sobre estrutura de mercado, tarifas e regras de interconexão ou acesso. Além disso, a regulação também tem a função de incentivar os investimentos necessários ao desenvolvimento econômico, promover o bem-estar de consumidores e usuários e propiciar a eficiência econômica (Salgado, 2003).

2.2.2 Regulação na Saúde Suplementar

A Saúde Suplementar cresceu e se desenvolveu em um ambiente, ausentes de controles e sem padrão de funcionamento, levando assim a necessidade de regulação no setor. Além disso, a frágil relação contratual com os consumidores levaram a crescentes demandas judiciais relativamente à preços, negativas de atendimento, burocratização para o atendimento aos beneficiários, fatores importantes que levaram à mobilização dos setores governamentais a aprovação de leis específicas. Adicionalmente, outro fator de grande relevância foi a preocupação com a sustentabilidade financeira das empresas do setor (Santos, Malta, & Merhy, 2008).

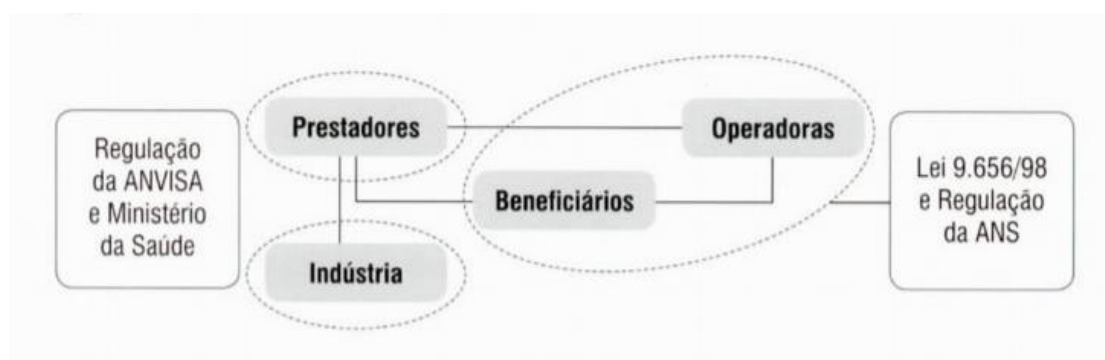
O marco inicial do processo de regulação no setor deu-se com a aprovação da Lei 9656, em 1998, que estabeleceu as regras para os planos privados de assistência à saúde. Em seguida, a aprovação da Lei 9661, em 2000, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização de atividades relativas à assistência a saúde, com a finalidade de promover a defesa do interesse público, regulando as operadoras de planos de saúde e de planos odontológicos e também suas relações com os consumidores e prestadores de serviços para o desenvolvimento de ações de saúde no Brasil.

Oficialmente iniciava-se o processo de regulação do sistema privado de assistência à saúde, tendo como principais funções da ANS: garantir o cumprimento dos contratos entre operadoras e beneficiários, ou seja, evitar que haja qualquer tipo de interferência que afete ou impossibilite que o contrato seja cumprido, garantir a prestação regular do serviço com baixa interferência em sua prestação, e tornar-se incentivadora da qualidade do serviço prestado. Além disso, a ANS possui uma característica específica que a diferencia de outras agências reguladoras, pois lida com um bem de

mérito, que não pode ser considerado mercadoria, seu campo de atuação é a proteção, o cuidado e a conservação da vida humana, direito de todos (Gerschman, Ugá, Portela, & Lima, 2012).

A Figura 9 mostra a regulação e os elos que envolvem a cadeia produtiva, enquanto as operadoras são fortemente reguladas pela ANS, as ações regulatórias para com os prestadores, são implementadas de forma indireta, mediante a mecanismos impostos as operadoras. Os demais atores da cadeia são regulados por outros órgãos governamentais, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Ministério da Saúde.

Figura 9 - Regulação da Saúde Suplementar



Fonte: (Alves, 2015)

2.3 Qualidade em Serviços de Saúde

A qualidade, antes considerada como um fator desejável passa a ser muito mais que um atributo indispensável e um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas dos clientes e usuários (Deus, 2016). A qualidade tornou-se um tema extremamente relevante no contexto organizacional. Considerando um ambiente empresarial altamente competitivo torna-se necessário focar-se na qualidade dos produtos e serviços oferecidos, com vistas a satisfazer as necessidades dos clientes. Abordaremos os conceitos de qualidade e algumas formas de avaliação através da regulação na saúde suplementar.

2.3.1 Conceitos de Qualidade em Serviços

No que tange a qualidade em serviços de saúde, não existe uma definição consensual, no entanto, podemos considerar com uma definição abrangente, a do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, na qual defende que o conceito está relacionado aos cuidados quando existe uma ótima prestação de cuidados de saúde, que vai de encontro aos resultados de saúde desejáveis e são

consistentes com o conhecimento profissional. Qualidade significa oferecer aos pacientes serviços adequados, de forma tecnicamente competente, com boa comunicação, tomada de decisão compartilhada e sensibilidade cultural (Institute of Medicine, 2001).

Segundo Dezideiro e Silva (2017) a qualidade na prestação de serviços de assistência à saúde está mais voltada na questão operacional, consistindo no próprio processo e na percepção dos clientes.

Ao longo dos anos, as instituições vêm passando por diversas mudanças nas suas operações e no modo como se relacionam com seus clientes. A busca por um padrão de qualidade quer seja no atendimento à sociedade, quer seja em seus processos, fez com que a procura por novos mercados influenciasse na reorganização e na reestruturação de seus serviços (Terra, 2016).

Nos últimos anos a qualidade é considerada um componente estratégico na maioria dos países do mundo, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e do tipo de sistema de saúde adotado (Serapioni, 2009).

A qualidade do serviço e sua avaliação são feitas pelo cliente e dão-se através da conferência equiparada entre o que o cliente aguardava e o que percebeu do serviço. Neste contexto, um fator importante é a característica de intangibilidade do serviço, já que as expectativas relacionadas aos serviços vão se basear na comunicação transmitida ao cliente. Os conceitos de satisfação do cliente estão intimamente entrelaçados com a qualidade do serviço prestado (Silva, Kovaleski, & Gaia, 2012).

Um sistema de saúde deve projetar melhorias tendo em conta as dimensões da qualidade. As dimensões exigem que os cuidados de saúde sejam: eficazes na prestação de cuidados de saúde que sejam aderentes a uma base de evidências e resultem em melhores resultados de saúde para indivíduos e comunidades, com base nas suas necessidades; ser eficiente de maneira a maximizar o uso de recursos e evitar desperdícios; ser acessível, sendo oportunos, geograficamente razoáveis e fornecidos em um ambiente em que as habilidades e os recursos sejam adequados às necessidades médicas; ser aceitável, centrado no paciente, na prestação de cuidados de saúde que levem em conta as preferências e aspirações dos usuários individuais dos serviços e as culturas de suas comunidades; ser equitativo, que não variam em qualidade devido a características pessoais como sexo, raça, etnia, localização geográfica ou *status* socioeconômico; ser seguro, com prestação de cuidados em saúde que minimizam riscos e danos aos usuários do serviço (Organização Mundial da Saúde, 2006).

Abaixo o quadro conceitual desenvolvido por Donabedian, (1988) para realizar a avaliação da qualidade em saúde, composto pela estrutura, processo e resultados:

- Estrutura: refere-se às características do pessoal que presta cuidados e dos locais onde os cuidados são prestados, ou seja, são as configurações em que os cuidados são prestados, que inclui a adequação do pessoal, das instalações, dos equipamentos, dos dispositivos de segurança e da organização em geral.
- Processo: indica todas as atividades que ocorrem durante a prestação de cuidados. Diz respeito à maneira como os cuidados são prestados de acordo com dois aspectos: à aplicação da ciência e tecnologia médicas atuais na tentativa de maximizar o equilíbrio entre benefícios e riscos e às regras e padrões que regulam todas as interações humanas.
- Resultados: refere-se à qualidade do atendimento que pode ser avaliada em termos de medidas de resultado, que buscam capturar se os objetivos do atendimento foram alcançados.

A avaliação da qualidade deve ser efetuada considerando os três aspectos, estrutura, processo e resultado. A estrutura apoiará a execução do processo e o processo executado gerará resultados, por isso todos os aspectos devem ser considerados e não somente a subjetividade do paciente.

A seguir a definição de qualidade do autor Ovretveit (1996) que identifica três dimensões que correspondem aos principais atores que agem no âmbito dos serviços de saúde:

- Qualidade avaliada pelo usuário: o que os usuários e acompanhantes desejam do serviço, seja como indivíduos, seja como grupos;
- Qualidade profissional: se o serviço satisfaz as necessidades definidas pelos profissionais que prestam a atenção e se as técnicas e os procedimentos necessários utilizados são executados de forma apropriada;
- Qualidade gerencial: o uso eficiente e produtivo dos recursos para responder às necessidades de todos os usuários dentro dos limites e das diretrizes estabelecidas pelas autoridades.

Essas dimensões correspondem aos mais importantes grupos de interesse, cujas perspectivas deveriam ser integradas para especificar a qualidade de um serviço (Serapioni, 2009).

A partir dessas definições é possível verificar que a ANS em seu processo de regulação inclui um conjunto de procedimentos para avaliação e acompanhamento das operadoras de planos de saúde, bem como dos resultados, com objetivo de incentivar e melhorar a gestão da qualidade. Em seguida serão apresentadas algumas das normas publicadas pelo órgão regulador, relacionadas ao tema qualidade.

2.4 A Regulação e a Qualidade Assistencial

A ANS tem destacado como um dos temas prioritários em sua estratégia de atuação, a qualidade assistencial, incluído em sua agenda regulatória. As chamadas “Agendas Regulatórias” são instrumentos de planejamento que agregam um conjunto de temas estratégicos e prioritários, necessários para o equilíbrio do setor. O objetivo da agenda regulatória é estabelecer cronogramas de atividades de forma a garantir maior transparência e previsibilidade na atuação regulatória, possibilitando o acompanhamento pela sociedade dos compromissos sociais que abrange ações de regulamentação, fiscalização, preestabelecidas pela ANS (F. Barros & Amaral, 2017).

Desde a primeira edição em 2011, a agenda regulatória da ANS tem dado ênfase no tema qualidade, sendo um dos seus eixos temáticos, nomeadamente: Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial. Esse tema busca assegurar que o beneficiário seja atendido de acordo com o que contratou e com qualidade. A agenda regulatória é composta por ações que possam: estabelecer um limite de tempo entre a autorização para a realização de exames e tratamentos e sua efetiva realização; definir critérios para avaliar se um plano de saúde oferece profissionais, clínicas, laboratórios e hospitais em quantidade e qualidade adequadas e suficientes para atender aos consumidores; lançar e rever avaliações e regras estabelecidas para a atuação das operadoras. Paralelamente os resultados esperados são: cumprimento dos contratos de planos de saúde, crescimento da qualidade dos serviços de saúde prestados aos consumidores e a prestação de informações sobre a qualidade desses serviços à sociedade para estimular a competição no mercado, e fornecer ao consumidor, dados que o orientem no momento de escolher um plano de saúde (ANS, 2021c).

Na última edição divulgada da agenda regulatória, com o planejamento para os anos 2019-2021, a ANS incluiu um novo eixo temático: Equilíbrio da Saúde Suplementar, destacando a qualidade no tema 5: Avaliação da Qualidade dos Serviços de Assistência a Saúde. Esse tema está voltado para a avaliação de operadoras e prestadores de serviços de saúde com o objetivo de fornecer comparabilidade à qualidade dos serviços prestados, possibilitando *benchmarking* entre as operadoras e prestadores e o empoderamento da escolha dos beneficiários (ANS, 2021c).

No estudo serão destacadas as resoluções normativas publicadas pela ANS, relacionadas com o tema qualidade, as quais serão apresentadas a seguir.

2.4.1 Resolução Normativa nº 323/2013 – Ouvidoria

Através da RN nº 323, publicada pela ANS em abril de 2013, as operadoras de planos de saúde passaram a ser obrigadas a criar um setor de ouvidoria dentro da sua estrutura organizacional, com o objetivo de acolher as manifestações dos beneficiários, tais como elogios, sugestões, consultas e reclamações, de modo a tentar resolver conflitos que surjam no atendimento ao público e subsidiar aperfeiçoamento dos processos de trabalho da operadora, buscando sanar eventuais deficiências ou falhas em seu funcionamento (“Resolução Normativa Nº 323,” 2013).

As ouvidorias das operadoras atuarão como unidade de segunda instância, ou seja, o usuário deverá comprovar por meio do número de protocolo de reclamação ou de manifestação registrada em data anterior, junto ao serviço de atendimento ou outra unidade organizacional, que já apresentou sua manifestação, que, no entanto, não foi satisfatoriamente atendida razão do contato com a ouvidoria.

A resolução obriga as operadoras a divulgarem a existência da ouvidoria e fornecer informações sobre a sua finalidade, competência e atribuições, bem como seus prazos de respostas as manifestações recebidas. Os prazos máximos definidos na resolução são de no máximo sete dias úteis para respostas conclusivas, sendo admitido um acordo entre o beneficiário e a operadora, para um prazo maior, não podendo ser superior a trinta dias úteis. Dependendo do tipo de demanda, o prazo de sete dias pode ser realmente exíguo, pois, para uma resposta conclusiva a operadora por muitas vezes depende de dados fornecidos por terceiros, como hospitais, clínicas médicas entre outros operadores do setor.

As operadoras ficam obrigadas a elaborar e enviar para a ANS anualmente um relatório estatístico e analítico detalhando os atendimentos realizados pela ouvidoria, além disso, devem informar às ações desenvolvidas pela ouvidoria e ainda as recomendações de medidas corretivas de melhorias do processo de trabalho da operadora bem como o *status* de sua implementação.

Podemos destacar como benefícios da implantação de ouvidoria, a melhoria dos serviços e da imagem da organização, o desenvolvimento de mecanismos para a eficiência no atendimento ao cliente e a identificação de possíveis falhas na prestação dos serviços.

Segundo Souza (2010) as instituições de saúde têm criado espaços em suas estruturas organizacionais com o objetivo de dar voz aos consumidores de seus serviços. Com as novas tendências, buscam cada vez mais uma melhoria de qualidade no atendimento e prezam pela otimização dos serviços prestados. A criação de uma ouvidoria surge como uma proposta que visa a elevar a qualidade de atendimento e se configura como órgão estratégico e um instrumento para a

avaliação e transformação institucional, agindo em função das necessidades sociais e sob a ótica do utilizador dos serviços de saúde.

2.4.2 Resolução Normativa nº 386/2015 – Programa de Qualificação das Operadoras

Através da RN nº 139/2006, alterada pelas RNs nº 193/2009 e nº 282/2011, foi instituído o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS). O programa foi reestruturado através da RN nº 386/2015 e alterado pela RN nº 423/2017, inclusive com a alteração no nome para Programa de Qualificação das Operadoras (PQO). O objetivo do programa é de incentivar as operadoras a agirem como gestoras de saúde; os prestadores de serviços a atuarem como produtores do cuidado em saúde; os usuários a desenvolverem maior consciência sanitária; e a ANS, por sua vez, a aprimorar sua capacidade regulatória. Trataremos aqui apenas da avaliação realizada nas operadoras de planos de saúde. A avaliação das operadoras é feita através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado a partir do somatório dos índices de desempenho, de forma ponderada, considerando quatro dimensões:

- Qualidade em atenção à saúde (30%): avalia um conjunto de ações em saúde que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários.
- Garantia de Acesso (30%): avalia condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso oportuno, em termos de tempo e espaço, e a oferta de rede de consultórios, hospitais, ambulatórios, laboratórios e centros diagnósticos oferecidos pelas operadoras.
- Sustentabilidade no mercado (30%): o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de plano de saúde, avaliando a capacidade de manter-se em dia com as obrigações financeiras junto a seus prestadores para o atendimento com qualidade e de forma contínua a seus beneficiários.
- Gestão de processos e regulação (10%): avalia o grau de consolidação de processos de gestão que possibilitem o atendimento das exigências regulatórias e a legislação, afere ainda o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto a ANS (“Resolução Normativa Nº 386,” 2015).

As novas resoluções trouxeram reestruturação nas dimensões do IDSS com o objetivo de torná-las integradas e em consonância com as novas regras e práticas do setor, com conceitos alinhados aos novos eixos direcionais da agência, à atual Agenda Regulatória e à literatura de qualidade em saúde.

Os resultados do programa são traduzidos pelo IDSS, que é um índice composto, calculado a partir de indicadores cujos dados são coletados nos sistemas de informações gerenciais da ANS e nos sistemas nacionais de informação em saúde, gerando uma nota para cada operadora, que varia de zero a um, sendo um, a nota máxima a ser alcançada. Para o ano-base 2020, foram avaliados 32 indicadores distribuídos nas 4 dimensões e mais um indicador bônus que incide na nota final do IDSS (Anexo1). Dos 32 indicadores, 19 utilizam dados extraídos do Padrão da Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS). A TISS foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários, entre os agentes da saúde suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde (ANS, 2021d).

Segundo a ANS (2021d) o IDSS permite a comparação entre operadoras, estimulando a disseminação de informações de forma transparente e a redução da assimetria de informação, falha de mercado que compromete a capacidade do consumidor de fazer suas escolhas no momento da contratação ou troca de um plano de saúde e a ampliação da concorrência baseada em valor no setor.

De acordo com Santos, Malta e Merhy (2008) ANS, através do programa de qualificação, as operadoras de planos de saúde são induzidas a novas estratégias que estimulem e propiciem a mudança e qualificação do modelo assistencial, podendo ser benéfica a todo setor.

2.4.3 Resolução Normativa nº 388/2015 – Notificação de Intermediação Preliminar

A ANS estabelece o procedimento chamado Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), por meio da RN nº 226/2010, alterada pela RN nº 343/2013, sendo esta substituída pela RN nº 388/2015, alterado pela RN nº 444/2019, que atualmente regula este tema. Este procedimento permite à agência reguladora intermediar e mediar conflitos entre os beneficiários e as operadoras. Após a denúncia formalizada a agência pelo beneficiário, a operadora tem um prazo para se manifestar à ANS. O processo da NIP está estruturado em duas fases: a fase de notificação preliminar e a fase de análise fiscalizatória como seguem:

Fase 1 - Notificação Preliminar:

- Recebimento da demanda: com base em uma reclamação formalizada na ANS, a notificação é direcionada à operadora. A NIP pode ser de caráter (I) assistencial a qual tem como referência

toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial e (II) não assistencial quando a notificação diz respeito a outros assuntos que não a cobertura assistencial, desde que o consumidor seja afetado pela conduta e a situação seja passível de mediação.

- Notificação da operadora: a demanda cadastrada na ANS será automaticamente encaminhada ao espaço da operadora, no portal da ANS, o qual somente usuário cadastrado possui acesso. O prazo começará a ser contado a partir do primeiro dia útil seguinte a notificação eletrônica.
- Contato com o consumidor: a operadora deverá entrar em contato com o beneficiário e resolver a demanda tempestivamente. Reclamação de cunho assistencial tem um prazo de até cinco dias úteis para a resposta, sendo não assistencial o prazo são de dez dias úteis.
- Recebimento e processamento da resposta da operadora: se o problema não for resolvido pela NIP é aberto processo administrativo, que pode resultar em multa ou suspensão temporária da comercialização de planos para a operadora. Se o procedimento for de cobertura obrigatória e a operadora cobri-lo, a demanda é arquivada, motivada pelo cumprimento dos requisitos do instituto da reparação voluntária e eficaz (RVE). Caso a operadora não cubra o procedimento, a demanda transforma-se em um processo administrativo fiscalizatório.
- Contato do consumidor ou interlocutor recebido pela ANS: é esperado um retorno do beneficiário ou interlocutor para informar se houve a resolução da demanda. Caso não haja contato a NIP será arquivada, podendo ser aberta por motivos de fiscalização.

Fase 2 - Análise Fiscalizatória:

- Elaboração de análises conclusivas e processamento da resposta da operadora (“Resolução Normativa N° 388,” 2015).

As NIPs além de causar impacto nos índices monitorados e divulgados pela ANS podem afetar diretamente a operadora devido à previsão legal, de uma série de medidas administrativas, caso o seu Índice de Reclamações fique acima da média do setor, entre elas multa pecuniária e, mais grave ainda, a suspensão da comercialização de planos pelos ciclos de monitoramento (Miraldo, 2016).

A lógica utilizada pela ANS para o bloqueio de comercialização de planos é que se uma operadora é alvo de um número elevado de NIPs, em determinado ciclo de monitoramento, há indícios que sua rede credenciada ou seus serviços assistenciais não são suficientes para atender os beneficiários, portanto, não deve ser permitido o aumento da carteira por meio de vendas. A comercialização dos produtos, só volta a ser permitida pela ANS quando for verificado que a normalidade no atendimento foi restabelecida, por meio da diminuição das reclamações (Miraldo, 2016).

Sob outro aspecto, que não seja o de fiscalização, as análises das NIPs, poderão ser instrumento de mapeamento e identificação de falhas existentes nos processos internos, e a partir daí, com envolvimento de toda a estrutura organizacional, as operadoras poderão desenvolver propostas de melhoria e implantá-las para que não haja mais falhas similares, que levarão consequentemente a melhoria da qualidade da prestação dos serviços.

2.4.4 Resolução Normativa nº 452/2020 – Programa de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde

Através da RN nº 277/2010 foi instituído o Programa de Acreditação de Operadoras de Plano de Saúde. Essa resolução foi revogada pela RN nº 452/2020, que modificou algumas regras do programa. Inspirados em modelos internacionais, o programa foi inovador no setor da saúde suplementar. Segundo a agência, o principal objetivo deste programa é aumentar a qualidade da prestação dos serviços por meio de critérios de avaliação que possibilitam a identificação e solução de problemas por parte das operadoras de planos de saúde com mais consistência, segurança e agilidade (Gonçalves, 2013).

O Programa de Acreditação é uma certificação de boas práticas em gestão organizacional e gestão em saúde, de caráter voluntário, realizado por Entidades Acreditadoras, cujo objetivo é a qualificação da prestação dos serviços, induzindo a mudança no modelo de atenção à saúde existente, propiciando uma melhor experiência para o beneficiário (“Resolução Normativa Nº 452,” 2020).

A verificação do atendimento aos padrões de acreditação é um processo voluntário, através do qual o órgão avaliador vai conceder o reconhecimento a uma operadora de planos de saúde que obedece a certos padrões ou critérios. Estes padrões são estabelecidos através de avaliações iniciais e periódicas e demonstram o compromisso do plano de saúde com a qualidade dos serviços que oferece e representa uma busca contínua da melhoria de desempenho. Trata-se de uma verificação abrangente da qualidade e segurança assistencial do plano de saúde (Gonçalves, 2013).

Com a obtenção da acreditação, podemos verificar como principais benefícios, a credibilidade junto à população, órgãos de classe, agências governamentais e com todos os segmentos envolvidos, diferencial mercadológico em relação às demais operadoras, melhor utilização de seus serviços através da educação dos beneficiários, diferenciação para captação e manutenção de profissionais e serviços, melhor atendimento às solicitações e determinações da ANS, entre outros (Gonçalves, 2013).

A acreditação surge como uma ferramenta disponível para avaliar e padronizar a qualidade dos serviços prestados. As organizações interessadas em participar de programas de acreditação realizam o processo de avaliação utilizando padrões antecipadamente estabelecidos, com o objetivo de garantir uma atuação de alta qualidade e estimular a cultura de melhoria contínua (Dezideiro & Silva, 2017)

3. REVISÃO DA LITERATURA

A presente pesquisa irá abordar o impacto da regulação na qualidade da assistência prestada aos beneficiários pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência a Saúde, buscando discutir os aspectos envolvidos com a regulação, dessa forma torna-se imprescindível identificar na literatura estudos sobre o sistema de saúde suplementar bem como do seu órgão regulador a ANS. Abordaremos nos próximos tópicos estudos realizados sobre a saúde suplementar, focados nos temas que serão objetos desse estudo: regulação e qualidade.

3.1 O Sistema de Saúde Suplementar

Estudos demonstram a importância do setor da saúde suplementar no Brasil, posto isto os autores Zirolto, Gimenes e Júnior (2013) abordam em sua pesquisa que a saúde suplementar tornou-se indispensável para o Estado que, visivelmente, não teria como suportar a incorporação dos gastos desse setor e que o setor público, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não teria condições de suprir a demanda de atendimentos assistenciais caso não existisse o setor privado. Já o autor Alves (2015) ratifica a importância da saúde suplementar e a relevância econômica para o setor, pela sua contribuição na geração de renda, empregos e no desenvolvimento tecnológico, além da relevância social. A saúde suplementar contribui de forma decisiva para a economia, para o bem-estar da sociedade, com a melhoria do capital humano com efeito na saúde e consequentemente na produtividade da população, com estímulos a geração de renda ao longo da cadeia produtiva, estímulo a geração de poupança através da constituição de ativos garantidores pelas operadoras de planos de saúde e melhoria da eficiência econômica.

Dada a importância do setor, a seguir serão apresentados os estudos que abordam mais especificamente a criação e atuação do órgão regulador, a ANS.

3.2 A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Sobre a ANS podemos destacar o estudo realizado por Gamarra (2017), foram analisados sessenta estudos através da análise de conteúdo temática, foram identificados três grandes temas: aspectos econômicos da regulação, aspectos político-jurídicos da regulação e aspectos relacionados à saúde da regulação, também foram discutidas as semelhanças e as diferenças de compreensão em relação ao órgão regulador ANS. Concluiu-se que os temas são complementares e revelou que há grandes diferenças de compreensão em relação ao órgão regulador, ora vista como instância de conciliação,

ora considerada um órgão burocrático e lento e também como uma instituição que incentiva práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças e melhoria da qualidade em saúde.

Já os autores Gerschman, Ugá, Portela, & Lima (2012) estudaram o papel da ANS como órgão regulador nas relações contratuais entre operadoras e prestadores de saúde. Através da pesquisa foi possível identificar que parque hospitalar privado presta serviços às operadoras de planos de saúde e também integram a rede de prestadores do SUS. Foi identificado que há uma forte concentração e tendência ao monopólio no mercado de operadoras de planos de saúde. É baixa presença de estruturas e práticas de qualificação da gestão assistencial, sendo que, nos que prestam assistência ao SUS, essa presença é menor ainda, sendo estes os que menos investem na qualidade assistencial. Observou-se ainda que os indicadores mais precisos de qualidade da gestão assistencial mostram baixíssima ocorrência de práticas mais apuradas de gestão da clínica. A microrregulação que as operadoras exercem sobre os hospitais em termos da qualificação da assistência, é baixa ou inexistente. Os contratos efetuados entre operadoras e prestadores são meramente comerciais. Não há preocupação explícita com as instalações dos hospitais nem com a qualidade da atenção oferecida. Os resultados permitiram a problematização de questões relativas à necessidade de regular alguns elementos da relação entre operadoras e prestadores hospitalares, fundamentais para a garantia do acesso e da qualificação da atenção recebida por clientes de operadoras de planos de saúde.

Ao contextualizar a saúde suplementar no Brasil, bem como a estruturação e a regulação do setor, os autores Pietrobon, Prado e Caetano (2008) concluíram que a ANS possui excelentes possibilidades com a criação, verificação e divulgação de indicadores da qualidade da promoção e dos cuidados integrais da saúde, e a busca pela qualificação das operadoras de saúde impulsiona a regulação. Por outro lado, vê-se a necessidade de que a ANS amplie seu rol de atuação a todos os tipos de contratos de planos de saúde, principalmente aos contratos coletivos e atue mais diretamente nas relações conturbadas entre as operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e beneficiários, mediando as tensões e contribuindo ativamente para a melhoria do sistema de saúde como um todo.

Observa-se que apesar de diferentes das perspectivas os estudos abordam a atuação do órgão regulador e destacam o tema qualidade no setor da saúde suplementar. Foi identificado que por um lado a ANS pode ser incentivadora de práticas para melhoria na qualidade, mas apesar disso é baixa a presença de estruturas de qualificação nas operadoras e prestadores de serviços, temas estes que merecem destaque e maior atuação da agência reguladora.

3.3 A Regulação na Saúde Suplementar

Outro tema estudado é a regulação na saúde suplementar e os desafios trazidos para as operadoras de planos de saúde. O tema é muito discutido, visto que mesmo após vinte e três anos da sua implantação ainda é um grande desafio a eficácia da regulação.

Importante destacar o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) é uma organização sem fins lucrativos que tem por objetivo promover e realizar estudos de aspectos conceituais e técnicos que sirvam de embasamento para implementação de políticas e introdução de melhores práticas voltadas para a saúde suplementar. Divulgado pelo IESS, estudo realizado por Lara (2017) traz as experiências de regulação no setor da saúde suplementar no Brasil e no exterior e seus impactos. Foram analisados os setores na Austrália, Brasil, Canadá e Estados Unidos. A regulação na saúde suplementar foi baseada em uma economia onde prevalece a concorrência de mercado e que é necessária a intervenção do estado para corrigir falhas de mercado e falhas de governo. Foi identificado que entre os países estudados, a regulação brasileira se assemelha à da Austrália, pois possui um regime centralizado em apenas uma agência reguladora. Os Estados Unidos e o Canadá são países que possuem uma agência reguladora, mas em que os estados são livres para determinar a sua própria regulação caso seja necessário. Conclui-se que os pontos fortes da regulação são que os mercados de serviços de saúde melhoram no aspecto de confiabilidade dos serviços e de proteção ao consumidor, os pontos negativos são relacionados às lacunas que continuam existindo para regular os aumentos de custos e a articulação entre os agentes econômicos.

O tema regulação em saúde discutido por Barros e Amaral (2017) revela que o setor privado é concorrência com o setor público e que a eficácia da regulação ainda é um grande desafio a ser perseguido e requer análises mais aprofundadas e medidas de correção que resguardecam o interesse público. O autor Costa (2008) em seu estudo revela que o desenho de um modelo regulatório que gere eficiência das empresas, responsabilidade social e qualidade na atenção à saúde constitui-se, de fato, um desafio. Os estudos demonstram que apesar de legislação existente e da atuação da ANS, ainda há que avançar para a implantação de uma regulação efetiva.

3.4 A Regulação e a Qualidade Assistencial

Conforme destacado no item 2.4. desta dissertação, a ANS tem como tema prioritário em sua agenda regulatória a qualidade assistencial. Observa-se na literatura estudos que tratam da análise do impacto das normas editadas pelo órgão regulador. Em seguida serão apresentados estudos realizados que envolvam os temas: Ouvidora, o IDSS, a NIP e o processo de acreditação.

3.4.1 Ouvidoria

De modo a tentar resolver conflitos que surjam no atendimento ao público, dar subsídios para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho, sanar deficiências ou falhas que possam surgir, a ANS exigiu das operadoras através da RN 323, a criação de um setor de ouvidoria. O estudo de Monteiro (2020) analisou o processo de construção das ouvidorias, para entender os desafios, as potencialidades e suas limitações, através de análise de literatura, documentos, relatórios e entrevistas qualitativas com representantes da sociedade, da ANS e de ouvidores da área.

Os autores Sousa et al. (2016) em sua pesquisa, procurou entender a relação entre a comunicação organizacional e o papel da ouvidoria nas empresas, através de um estudo qualitativo, descritivo e comparativo, com entrevistas, pesquisa bibliográfica realizada com base em livros, artigos e legislação.

Na Tabela 1, será apresentado de forma resumida, os objetivos, métodos e resultados dos estudos:

Tabela 1 - Estudos sobre Ouvidoria

Autor/Título	Objetivos	Métodos	Resultados
(Monteiro, 2020) A Ouvidoria e sua contribuição na Saúde Suplementar	Analisar o processo de construção e atuação das Ouvidorias na saúde suplementar, após a RN 323/13 da ANS.	Análises da literatura, documentos, relatórios e entrevistas qualitativas com representantes da sociedade civil, da ANS, além de Ouvidores que atuam na saúde suplementar.	Foi possível compreender que a Ouvidoria conceitualmente teria o papel institucional de representar o cidadão/consumidor e procurar ajustar interesses divergentes na busca da redução dos conflitos. Entretanto, apesar dos avanços trazidos pela legislação, na prática o cidadão/consumidor parece não se sentir representado pela Ouvidoria e ainda recorre com frequência a outros canais de representatividade como o Judiciário, ANS ou entidades de defesa do consumidor. Há um ambiente propenso ao conflito na saúde suplementar no Brasil que vem sensibilizando o Judiciário, Ministério Público, operadoras de saúde, associações representativas do setor privado na área da saúde, ANS e pesquisadores. As pesquisas demonstraram também que as Ouvidorias são tidas como boas interlocutoras

Autor/Título	Objetivos	Métodos	Resultados
			junto às entidades de defesa do consumidor, mas encontram dificuldades em evidenciar e prevenir conflitos dentro das próprias operadoras da qual fazem parte.
(Sousa et al., 2016) O <i>Ombudsman</i> e a Contribuição das Ouvidorias no Processo de Comunicação Organizacional das Empresas	Investigar a função da ouvidoria e a sua contribuição na melhoria dos processos organizacionais, entender a influência do <i>ombudsman</i> nas decisões e verificar a sua inserção na estrutura da organização.	Pesquisa qualitativa, envolvendo entrevistas padronizadas com três ouvidores de diferentes áreas de atuação.	Constatou-se que a ouvidoria funciona como um receptáculo de informações úteis que, se bem avaliadas e utilizadas, aperfeiçoam o desempenho das organizações. E, ainda, apurou-se que as manifestações recebidas pela ouvidoria representam um material importante no aprimoramento das relações entre a comunidade interna e externa, proporcionam melhor embasamento na análise dos problemas oriundos dos serviços prestados e soluções eficazes.

Foi possível identificar que a Ouvidoria é um importante setor nas empresas, sendo mais um canal de comunicação entre as empresas e seus clientes, porém, ainda são acessadas outras entidades de defesa do consumidor. Observa-se que o tema é pouco estudado, dessa forma o presente estudo poderá trazer contributos e discussões sobre a temática.

3.4.2 Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)

Os autores Oliveira e Kornis (2017) estudaram o papel do IDSS, imposto pela RN nº 139, de 24 de novembro de 2006 da ANS, o estudo foi elaborado visando ampliar os conhecimentos sobre o índice bem como o impacto do seu uso para a regulação. Foram analisados documentos oficiais e trabalhos acadêmicos sobre o tema. A pesquisa demonstrou escassez de estudos sobre a qualificação na saúde suplemente, mais especificamente sobre o IDSS.

Já o autor Koyama (2006) aborda a questão da qualidade da assistência prestada aos beneficiários das operadoras, buscando discutir aspectos envolvidos na gestão da auditoria em saúde e o uso de indicadores assistenciais preconizados pelo PQSS da ANS. Foram consultados quatorze gestores, através de questionários e entrevistados três gestores de operadora de diferentes modalidades, sediadas na cidade de São Paulo. Foi identificado que as operadoras têm como motivação para melhoria na qualidade prestada ao beneficiário a sua própria missão, motivação mercadológica e redução de custos. Considera-se com fator crítico, a falta de regulação sobre os prestadores o que dificulta as operadoras em modificar a lógica da rede credenciada para que trabalhem de acordo com as metas do IDSS.

Em outro estudo realizado por Escrivão e Koyama (2007) focaram em discutir as implicações do modelo do PQSS e os indicadores do IDSS no relacionamento entre as operadoras e hospitais. A pesquisa foi baseada em questionários realizados com dezoito gestores de operadoras e mostrou que para o modelo proposto no programa da ANS seja alinhado com a rede de prestadores, implicará em modificações no modelo de remuneração entres os *players* do mercado. A Tabela 2 apresenta os objetivos, métodos e resultados dos estudos sobre o IDSS.

Tabela 2 - Estudos sobre o IDSS

Autor/Título	Objetivos	Métodos	Resultados
(D. F. de Oliveira & Kornis, 2017) A política de qualificação da saúde: Suplementar no Brasil: Uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar	Compreender o papel do IDSS do PQSS elaborado pela ANS.	Revisão teórica de caráter exploratório, qualitativa e quantitativa.	A pesquisa concluiu que o instrumento utilizado pela ANS é eficaz, democrático e participativo no que diz respeito ao alcance dos objetivos do Programa de Qualificação das Operadoras, pois promoveu maior transparência ao subsistema privado. No entanto, constatou-se também que o IDSS teve um papel saneante e concentrador do mercado em favor dos oligopólios privados, indo de encontro aos preceitos normativos da ANS em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

Autor/Título	Objetivos	Métodos	Resultados
(Koyama, 2006) Auditoria e Qualidade dos Planos de Saúde: Percepções de Gestores de Operadoras da Cidade de São Paulo a respeito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS	Abordar a questão da qualidade da assistência prestada aos beneficiários das OPS, buscando discutir aspectos envolvidos na gestão da Auditoria em Saúde, especificamente o uso de indicadores assistenciais preconizados pelo PQSS da ANS.	Estudo de casos múltiplos.	A percepção dos entrevistados em relação ao PQSS é positiva, pois traz o tema da qualidade à tona no cenário da Saúde Suplementar, mas acredita-se que os beneficiários não valorizarão a metodologia de avaliação da ANS, em suas decisões de aquisição de planos de saúde, considerando apenas fatores como preço do plano e tamanho da rede credenciada.
(Escrivão Jr. & Koyama, 2007) O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS	Discutir as implicações do modelo PQSS da ANS no relacionamento entre operadoras de saúde e hospitais.	Consultas realizadas com dezoito gestores de operadoras de saúde de distintas modalidades.	Apenas três hospitais utilizam os indicadores, sendo que dois deles são hospitais pertencentes às operadoras. O alinhamento de interesses entre a operadora e a rede credenciada, nos moldes propostos pelo PQSS, implicará em modificações do modelo de remuneração entre esses <i>players</i> do mercado, no sentido da inclusão do desempenho e da qualidade da assistência prestada pela rede credenciada ao beneficiário como um dos componentes da valoração remunerativa.

Os resultados dos estudos nos mostram que o programa proposto pela ANS é importante por trazer parâmetros de avaliação de qualidade para o setor, porém, existem alguns aspectos que deverão ser alinhados entre a rede prestadora e as operadoras de saúde, para que os resultados sejam efetivos e possam alcançar os objetivos do programa.

A presente pesquisa visa contribuir com informações atualizadas sobre os indicadores do programa, visto que o mesmo foi alterado pela ANS, mas mantém os seus objetivos de regular a qualidade das organizações do setor e incentivar seu constante aperfeiçoamento.

3.4.3 Notificação de Intermediação Preliminar (NIP)

Na literatura há pouquíssimos estudos sobre a NIP, trata-se de um instrumento de mediação que tramita administrativamente na ANS, que visa a solução consensual de conflitos entre operadoras e beneficiários de planos de saúde. Através de pesquisa exploratória Freire e Tostes (2021) estudaram a NIP e seus efeito na resolução de conflitos entre operadoras e beneficiários e a forma como esta contribui para redução na assimetria de informação entre ANS e operadoras. A Tabela 3 a seguir apresenta os objetivos, métodos e resultados do referido estudo.

Tabela 3 - Estudos sobre a NIP

Autor/Título	Objetivos	Métodos	Resultados
(Freire & Tostes, 2021) A NIP da ANS e a eficiência administrativa na resolução de litígios da Saúde Suplementar	Explorar tema de grande complexidade nas relações de consumo envolvendo a questão de saúde suplementar. Em especial, a denominada NIP da ANS e os seus efeitos para a resolução de litígios do consumo e contribuição para a redução da assimetria da informação do órgão regulador perante as empresas reguladas.	Pesquisa exploratória. Análise de dados junto à ANS, processos e indicadores judiciais, além de pesquisa bibliográfica.	O presente estudo conclui que a atuação da ANS na área de resolução extrajudicial de conflitos e de monitoramento do mercado deve ser reforçada e prestigiada. Não só para se coibir novas práticas abusivas no setor como também para desafogar o Poder Judiciário, atolado de demandas de consumo relativos à saúde suplementar.

A NIP além de servir como insumo regulatório ao atingir beneficiários e a sociedade em geral, também é parte da atividade fiscalizatória da ANS. A NIP funciona como base para a abertura de processos sancionadores contra as operadoras, caso sejam identificados indícios de infração (Freire & Tostes, 2021).

3.4.4 Acreditação

Ao analisar a acreditação e a certificação nas operadoras de planos de saúde, o estudo descritivo de Cruz da Silva, Nascimento, Valença e Porto (2020) identificou que o número de empresas certificadas ainda é baixo, mas em razão da grande competitividade no mercado e dos benefícios para financeiros e de gestão, espera-se que mais operadoras busquem a acreditação.

Os autores Marins e Zotes (2013) estudaram a assistência à saúde no Brasil, nos EUA (Estados Unidos da América) e na UE (União Europeia), discutiram os avanços e limitações da regulação pública nos planos de saúde e aspectos relacionados com a qualidade, certificação e acreditação, através de pesquisa bibliográfica.

Estudo de caso de Gonçalves (2013) destacou o programa de acreditação em uma operadora de planos de saúde, estudou a implementação para a obtenção do certificado de acreditação.

A Tabela 4 apresenta os objetivos, métodos e resultados dos estudos citados.

Tabela 4 - Estudos sobre Acreditação

Autor/Título	Objetivos	Métodos	Resultados
(Cruz da Silva et al., 2020) Sistema de acreditação nas operadoras de saúde suplementar: análise e perspectivas de mercado	Analisar a acreditação e a certificação das operadoras em saúde suplementar.	Estudo descritivo, quantitativo e do tipo revisão bibliográfica, para analisar o sistema de acreditação das operadoras em saúde suplementar ano de 2019.	O cenário da acreditação em operadoras no Brasil é de apenas 6,1%, sendo que as empresas registradas são de 61. O número de operadoras não certificadas é de 93,9%. Deste total, 5,5% (55) estão no nível 1 que conseguiram atingir todos os critérios existentes e 0,6% (06) estão no nível 2 de acreditação. Nenhuma das operadoras possui o nível 3. Com base no estudo, constatou-se um número pequeno de

Autor/Título	Objetivos	Métodos	Resultados
			operadoras acreditadas no país, porém com a mudança cultural que visa à qualidade de assistência e a competitividade cada dia mais presente no mercado, esse percentual pode aumentar.
(Marins & Zotes, 2013) Qualidade, Acreditação e Certificação, para as Operadoras de Assistência a Saúde Suplementar	Fazer uma reflexão bibliográfica sobre assistência à saúde no Brasil, nos EUA e na UE. Discutir os avanços e limitações da regulação pública dos planos de saúde e abordar aspectos relacionados à qualidade, certificação e acreditação.	Pesquisa bibliográfica e revisão da literatura. Revisão de documentos oficiais, publicações científicas, livros e dos sítios eletrônicos das instituições.	Conclui-se que ainda é insatisfatória a gestão das operadoras de saúde suplementar sobre a qualidade dos cuidados à saúde oferecidos, mas com a implantação de programas de qualificação de operadoras, assim como as certificações e acreditações, espera-se uma maior credibilidade e satisfação dos beneficiários.
(Gonçalves, 2013) Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde: a busca por uma assistência médica de	Apresentar o Programa de Acreditação de OPS como ferramenta capaz de melhorar a qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras incentivando a necessidade de avaliação contínua como medida estratégica para a almejada correção das imperfeições do	Estudo de Caso Pesquisa Bibliográfica.	Conclui-se que a acreditação é uma das melhores maneiras para uma operadora de saúde demonstrar aos seus beneficiários e aos demais atores do sistema de saúde suplementar, que seus serviços são seguros e que o plano de saúde é gerenciado de acordo com os padrões da qualidade e que a informação e a comunicação da operadora com todos os envolvidos com seu negócio é efetiva.

Autor/Título	Objetivos	Métodos	Resultados
qualidade	mercado de saúde complementar, a diminuição da assimetria de informação e uma maior qualidade na assistência médica prestada.		

Os estudos mostram que os processos para alcançar a acreditação acarretaram melhorias significativas em todas as operações e processos das empresas e contribuíram para a qualidade na prestação dos serviços, porém, o número de operadoras acreditadas ainda é muito baixo, além disso, é insatisfatória a gestão das operadoras sob o aspecto de qualidade, mas com a implantação de programas de acreditação e certificação esperam-se melhorias no setor.

A acreditação será estudada nessa dissertação através de norma publicada pela ANS, que nesse momento é facultativa, ficando a critério das operadoras participarem ou não do processo.

Observamos na literatura que existem poucos estudos específicos sobre as normativas impostas pela ANS, alguns estudos abordam a regulação, outros a qualidade e outros ainda a atuação do órgão regulador, por essa razão e pela importância do sistema de saúde complementar, torna-se pertinente aprofundar os estudos e ampliar a compreensão acerca dos normativos editados pela ANS bem como a sua relação com a efetiva melhoria na gestão da qualidade na perspectiva das operadoras de planos de saúde, contribuindo assim para novas discussões acerca da temática.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

O procedimento metodológico escolhido para atingir os objetivos dessa dissertação foi o estudo de caso, optou-se por esse método considerando a questão de partida: Como a regulação influencia as operadoras de planos de saúde na gestão da qualidade? Observa-se na literatura que esse método torna-se pertinente, pois, auxilia na resposta às questões formuladas pelo pesquisador. Segundo Yin (2001), a mais importante condição para se diferenciar as várias estratégias de pesquisa é identificar nela o tipo de questão que está sendo apresentada. É provável que questões “como” e “porque” estimulem o uso de estudo de caso, experimentos ou pesquisas históricas.

De acordo com Yin (2001), um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e contexto não estão claramente definidos.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e explicativa, que se adequa à utilização do método de estudo de caso, visto que o fenômeno é contemporâneo e investigado em seu contexto real e seu objetivo é entender como a regulação pode influenciar a qualidade nas operadoras de planos de saúde, como estas atendem às exigências da regulação, e de que forma os processos internos utilizados, contribuem nas práticas de gestão de qualidade. Segundo Coutinho (2014) o objetivo da pesquisa qualitativa é melhorar a prática individual, contribuindo para a descrição e compreensão de situações concretas, reforçando a utilização por esse método.

Optou-se por utilizar estudo de casos múltiplos devido às características das empresas do setor. As operadoras de planos de saúde são classificadas por modalidades de atuação no mercado: medicinas de grupo, seguradoras especializadas em saúde, cooperativas médicas, filantropias, autogestões, odontologias de grupo, cooperativas odontológicas e administradoras de benefícios. Outra característica importante é porte, ou seja, o tamanho da operadora que considera o número de beneficiários que ela possui, por esse motivo, através do estudo de casos múltiplos, busca-se estudar diferentes empresas do setor.

Segundo a literatura, os estudos múltiplos são considerados mais convincentes e robustos porque permitem, além da análise individual, a análise entre os casos. Enquanto as análises individuais consolidam as informações de cada caso, as análises entre os casos identificam padrões, fornecendo elementos para a construção de hipóteses e o desenvolvimento de teorias (Eisenhardt, 1989).

Podemos ainda ressaltar que a análise de um único ou de poucos casos de fato fornecem uma base muito frágil para a generalização. No entanto, os propósitos do estudo de caso não são os de proporcionar conhecimento preciso das características de uma população, mas sim o de proporcionar uma visão global do problema ou de identificar possíveis fatores que o influenciam ou são por ele influenciados (Gil, 2002).

4.2 Amostra

Os elementos da amostra foram selecionados, através do processo de amostragem por conveniência. Trata-se de uma técnica não probabilística e não aleatórias usadas para criar amostras de acordo com a proximidade ou a facilidade de acesso, dessa forma, foram escolhidas as operadoras, tendo em conta a sua disponibilidade e acessibilidade. De acordo com Malhotra (2001) a amostragem não probabilística confia no julgamento pessoal do pesquisador e não na chance de selecionar os elementos amostrais. O pesquisador pode, arbitrária ou conscientemente, decidir quais serão os elementos a serem incluídos na amostra. As amostras não probabilísticas podem oferecer boas estimativas das características da população, mas não permitem uma avaliação objetiva da precisão dos resultados amostrais.

A amostra selecionada contemplou oito operadoras de planos de saúde, que atuam nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Ceará, nas modalidades, Seguradora Especializada em Saúde, Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo, onde foram coletados os dados primários. Visando garantir o anonimato, as empresas participantes serão denominadas nesse estudo como OPS, conforme Tabela 5 a seguir:

Tabela 5 - Caracterização das Operadoras

Identificação	Classificação	Porte	Sede	Cargo do entrevistado	Número de beneficiários*
OPS 1	Seguradora Especializada em Saúde	Grande	São Paulo	Gerente	289.255
OPS 2	Medicina de Grupo	Médio	São Paulo	Gestor	34.224
OPS 3	Medicina de Grupo	Pequeno	São Paulo	Supervisor	8.115
OPS 4	Cooperativa Médica	Grande	Ceará	Gerente	340.683
OPS 5	Cooperativa Médica	Médio	Rio de Janeiro	Gerente	59.990
OPS 6	Cooperativa Médica	Pequeno	Minas Gerais	Gerente	16.958
OPS 7	Medicina de Grupo	Grande	São Paulo	Gerente	221.203
OPS 8	Cooperativa Médica	Pequeno	Minas Gerais	Gerente	4.944

Nota: *Dados ANS, competência outubro/2021

Cabe ressaltar as características das operadoras, as quais se diferenciam em termos de estruturas de gestão, finalidade de lucro e tipos de planos comercializados, sendo classificadas pela ANS por modalidades. A ANS também caracteriza as operadoras por porte, conforme o número de beneficiários que possui, da seguinte forma: pequeno porte: com número de beneficiários inferiores a 20.000 (vinte mil); médio porte: entre 20.000 (vinte mil), inclusive e inferior a 100.000 (cem mil); e grande porte: com número de beneficiários a partir de 100.000 (cem mil).

A amostra incluiu empresas de diferentes modalidades, portes e regiões do Brasil, sendo as operadoras participantes (medicinas de grupo e cooperativas médicas), as que possuem a maior concentração de beneficiários nos planos de saúde conforme demonstrado no item 2.1.2 dessa dissertação.

O levantamento dos dados primários foi realizado através de entrevistas não presenciais com gestores das operadoras integrantes da amostra. Segundo Yin (2001) uma das mais importantes fontes de informações para um estudo de caso são as entrevistas, sendo estas fontes essenciais de informação para esse tipo de estudo. A seguir serão apresentados os procedimentos realizados para a coleta de dados.

4.3 Coleta de Dados

A coleta de dados geralmente é feita com vários procedimentos quantitativos e qualitativos: observação, análise de documentos, entrevista formal ou informal, história de vida, aplicação de questionário com perguntas fechadas, levantamentos de dados, entre outros. Há uma pluralidade de procedimentos que podem ser incorporados (Ventura, 2007).

Dentre as várias fontes de evidências existentes em um estudo de caso de natureza qualitativa, optou-se, como fonte primária, a realização de entrevistas por meio de um roteiro elaborado com questões extraídas da literatura (Eisenhardt, 1989).

Os dados primários foram coletados através de entrevista estruturada não presencial. Foram enviados por *e-mail*, de forma individualizada, a apresentação e objetivos gerais da pesquisa com o roteiro da entrevista para os gestores das operadoras de planos de saúde (Anexo 2; Anexo 3). Posteriormente foram realizadas ações de estímulo e cobrança para a devolução das respostas. Os envios dos *e-mails* ocorreram no segundo semestre de 2021.

As entrevistas estruturadas caracterizam-se pelo fato do entrevistador ser orientado por um roteiro previamente elaborado, de forma a manter uma padronização às perguntas propostas para obter dos entrevistados respostas derivadas da mesma pergunta, e permitindo a comparação (Lima, 2008).

A primeira parte do roteiro da entrevista inicia-se com questões para identificar o entrevistado, caracterizar a operadora e obter informações gerais sobre sua atuação bem como as principais dificuldades enfrentadas nos últimos anos, conforme Tabela 6 a seguir:

Tabela 6 - Roteiro das Entrevistas – primeira parte

Objetivos	Questões								
Identificar o entrevistado e seu perfil profissional	Data: 1. Nome do Entrevistado 2. Qual sua formação acadêmica? Qual área? 3. Você tem alguma especialização em gestão ou em outras áreas? 4. Possui quanto tempo (anos) de experiência profissional na área? 5. Qual o seu vínculo com a empresa? (Contrato de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho/Prestador de Serviço) 6. Qual seu cargo atual? E o seu setor/departamento? 7. <i>E-mail</i> ou outro contato:								
Caracterizar as Operadoras	Caracterização da Empresa: <table> <tr> <td>Nome</td><td>Nº de Beneficiários</td></tr> <tr> <td>Registro na ANS</td><td>Classificação</td></tr> <tr> <td>Sede/UF (Unidade da Federação)</td><td>Porte</td></tr> <tr> <td>Possui rede própria?</td><td>Tipos de Planos</td></tr> </table>	Nome	Nº de Beneficiários	Registro na ANS	Classificação	Sede/UF (Unidade da Federação)	Porte	Possui rede própria?	Tipos de Planos
Nome	Nº de Beneficiários								
Registro na ANS	Classificação								
Sede/UF (Unidade da Federação)	Porte								
Possui rede própria?	Tipos de Planos								
Obter informações gerais das operadoras e sobre sua atuação no mercado	1. Fale um pouco da atuação da operadora no mercado da saúde suplementar, incluindo as principais dificuldades enfrentadas nos últimos anos.								

A segunda parte da entrevista foi dividida em três grupos de questões, considerando os objetivos da pesquisa, conforme Tabela 7:

Tabela 7 – Roteiro das Entrevistas – segunda parte

Objetivos da Pesquisa	Grupos	Questões
Identificar as atividades e processos utilizados pelas OPS para atender a regulação (RN 323, Ouvidoria; RN 386, PQO(IDSS), RN 388 NIP, RN 452 Acreditação)	Grupo 1 – Atendimento as exigências ANS	2. Como funciona a estrutura da operadora para atender as exigências legais impostas pela ANS? () Existe uma equipe dedicada () um setor específico () um sistema informático () realizado internamente () tem apoio de consultoria externa? 3. Relativamente às normas abaixo como foi a implantação e quais os impactos (operacionais/financeiros/assistenciais) para a operadora? a) RN 323/13 – Ouvidoria b) RN 386/15 – Programa de Qualificação/IDSS c) RN 388/15 – NIP – Notificação de Intermediação Preliminar 4. Relativamente a RN 452/20, que dispõe sobre o programa de acreditação, foi avaliada a possibilidade da operadora em participar? Qual a sua opinião sobre essa normativa?
Entender como as normas da ANS influenciam as OPS na Gestão da Qualidade	Grupo 2 – Relação Qualidade x Regulação ANS	5. Relativamente as normas abordadas anteriormente, acredita que trouxeram resultados efetivos em relação a melhoria da qualidade assistencial? 6. Como você avalia a atuação da ANS no mercado da saúde suplementar, relativamente aos incentivos e avaliação da qualidade no setor?
Identificar a visão, conhecimento e expectativas das OPS em relação a ANS e a atual regulação		7. Como você avalia a qualidade dos serviços da saúde suplementar ofertados no Brasil? Em sua opinião quais seriam os aspectos que afetam (de forma positiva/negativa) a qualidade dos serviços da saúde suplementar?

Objetivos da Pesquisa	Grupos	Questões
		8. Em sua opinião, quais são os principais desafios e oportunidades do setor para os próximos anos, para a sua empresa e para o mercado como um todo?
Identificar o impacto da gestão da qualidade na prestação dos serviços	Grupo 3 – Gestão da Qualidade	9. O que é do entendimento da operadora quando se fala em “qualidade da assistência prestada ao beneficiário”? De quem seria primariamente a responsabilidade sobre a qualidade da assistência a saúde prestada ao beneficiário: operadora ou o prestador? () custo-benefício favorável ao beneficiário () acesso a rede credenciada ampla () produto: cobertura e benefícios () ausência de negativas () facilidades operacionais () melhoria da condição de saúde do beneficiário () outro: _____
Identificar as ferramentas e práticas utilizadas para a gestão da qualidade		10. Como a operadora faz a gestão da qualidade dos serviços prestados, existe uma sistemática de avaliação? De que forma é feita? Com qual periodicidade? Quais aspectos são avaliados? 11. Quais os ganhos que o uso de programas, metodologia(s) ou ferramenta(s) da qualidade traz para a operadora, tanto do ponto de vista assistencial quanto operacional?

Como fontes de dados secundários foram coletados no *site* da ANS informações gerais do setor bem como das operadoras participantes, incluindo o número de beneficiários, os resultados do IDSS, relatório de ouvidoria, resultados do monitoramento da garantia de atendimento, derivado do número de reclamações recebidas pela ANS, além do resultado da pesquisa de satisfação realizada pelas operadoras. Adicionamento foi realizada pesquisa bibliográfica com o objetivo de conhecer e analisar as principais contribuições existentes sobre os temas estudados.

4.4 Tratamento dos Dados

O material coletado foi organizado em uma base de dados. Cada entrevista foi arquivada, com as informações das operadoras participantes. As informações constantes nos relatórios extraídos do *site* da ANS foram analisadas e confrontadas para a triangulação das informações, com o propósito de estabelecer uma relação e a comparação com os discursos coletados nas entrevistas, bem como com a literatura que apoiaram na formatação da pesquisa e na análise dos dados recebidos. A análise e a combinação dos dados obtidos das diversas fontes – triangulação – evita distorção, sobretudo as decorrentes de viés dos informantes, e produz resultados mais estáveis e confiáveis (Yin, 2009). Após a organização dos dados primários algumas dúvidas, ou mesmo novos questionamentos foram solucionados contatando os entrevistados.

O tratamento das informações obtidas nas entrevistas foi realizado considerando os princípios da análise de conteúdo, trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardan, 2011).

A análise de conteúdo pretende descrever as situações, mas também interpretar o sentido do que foi dito. Uma investigação empírica, prevê uma série de operações como descrever os fenômenos (nível descritivo), descobrir as suas co-variações ou associações (nível correlacional) e ainda descobrir relações de causalidade/de interpretação das dinâmicas sociais em estudo (nível interpretativo) (Guerra, 2006). Segundo Guerra (2006), nas entrevistas em profundidade utiliza-se uma diversidade de técnicas de análise de conteúdo. As principais etapas são: transcrição das entrevistas, leitura, construção de sinopses e análise descritiva.

Seguindo as etapas sugeridas por Guerra (2006), após o recebimento das entrevistas, as mesmas foram lidas, destacando os fatos, os temas e a problemática pesquisada. Foram construídas as sinopses, através das sínteses dos discursos para extrair a mensagem essencial das entrevistas.

O autor Guerra (2006), afirma que as análises tipológicas, categoriais e de temática aprofundada são consideradas análises descritivas. O estabelecimento de uma tipologia é uma operação básica da análise de conteúdo e consiste em ordenar os materiais recolhidos, classificá-los segundo critérios pertinentes, encontrar as dimensões de semelhanças e diferenças, as variáveis mais frequentes e as particulares. Dessa forma a análise descritiva das entrevistas centrou-se na identificação dos temas da pesquisa, este foram previamente definidos na elaboração das questões as quais foram classificadas por grupos e posteriormente por sub-grupos, conforme Tabela 8:

Tabela 8 - Temas da Pesquisa

Grupos	Sub-Grupos
Grupo 1 – Atendimento as exigências ANS	Estrutura da Operadora para Atender as Exigências da ANS Implantação das Normas ANS Participação no Programa de Acreditação
Grupo 2 – Relação Qualidade x Regulação ANS	Resultados da Implantação das Normas Atuação do Órgão Regulador Avaliação da Qualidade na Saúde Suplementar Desafios e Oportunidades para o Setor
Grupo 3 – Gestão da Qualidade	Entendimentos Sobre a Qualidade da Assistência Prestada ao Beneficiário Ferramentas e Práticas para a Gestão da Qualidade Utilização de Programas, Metodologias e Ferramentas da Qualidade

A análise procurou interpretar as respostas dos entrevistados e os significados de suas declarações. O objetivo foi analisar os casos de forma individual bem como comparar os vários casos, observando também suas semelhanças e diferenças. A seguir será apresentada cada pergunta utilizada na entrevista, bem como os resultados da análise realizada.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Identificação dos Entrevistados e Caracterização das Operadoras

A entrevista inicia-se com objetivo de conhecer o perfil dos respondentes e também obter informações para caracterizar as operadoras participantes, conforme abaixo:

Data:

1. Nome do Entrevistado
2. Qual sua formação acadêmica? Qual área?
3. Você tem alguma especialização em gestão ou em outras áreas?
4. Possui quanto tempo (anos) de experiência profissional na área?
5. Qual o seu vínculo com a empresa? (Contrato de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho/Prestador de Serviço)
6. Qual seu cargo atual? E o seu setor/departamento?
7. *E-mail* ou outro contato:

Cabe ressaltar que não serão divulgados dados que permitam a identificação das operadoras bem como dos entrevistados, devido a questões de confidencialidade.

Os entrevistados majoritariamente possuem cargos de gerente em áreas distintas, exceto em uma das operadoras, que o participante possui o cargo de supervisor, mas faz parte do grupo de gestores. Todos possuem vasta experiência profissional, com mais de dez anos de atuação na área da saúde suplementar. Em relação à escolaridade, todos possuem formação de nível superior sendo que seis gestores possuem especialização em gestão ou em áreas correlacionadas. Apenas um dos participantes possui contrato de trabalho como prestador de serviços, nesse caso não há vínculo empregatício, ou seja, sua contratação não irá seguir as regras da CLT (Consolidação das Leis de Trabalho), os demais possuem contratos segundo a CLT.

Conforme mencionado por Freitas & Jabbour (2011), para a efetiva condução, sugere-se que a pesquisa seja sustentada por entrevistas, com indivíduos da organização que conheçam profundamente a rotina organizacional. Dessa forma foram estrategicamente selecionados os indivíduos para participarem das entrevistas, visando garantir que os participantes tenham vivência e *expertise* estratégica, mas, ao mesmo tempo, histórico de contato com a operação das mais variadas áreas, garantindo uma riqueza de detalhes e conhecimento de causa nas respostas recebidas (Koyama, 2006).

Em seguida foram solicitados dados para compor a caracterização das empresas participantes:

Caracterização da Empresa	
Nome	Nº de Beneficiários
Registro na ANS	Classificação
Sede/UF	Porte
Possui rede própria?	Tipos de Planos

Conforme referido no item 4.2 Amostra, foram entrevistados oito gestores de operadoras de planos de saúde de distintas modalidades, portes e regiões do Brasil.

5.2 Informações Gerais e Atuação no Mercado

A questão 1, pretende obter informações acerca a atuação da operadora, incluindo as principais dificuldades enfrentadas por essas empresas nos últimos anos:

Questão 1: Fale um pouco da atuação da operadora no mercado da saúde suplementar, incluindo as principais dificuldades enfrentadas nos últimos anos.

Após analisar as informações obtidas a partir da questão acima, foi possível identificar que transpareceram diferenças entre as modalidades e portes das operadoras de saúde, observam-se características distintas na atuação de cada empresa bem como no relato das principais dificuldades enfrentadas. Informações sobre a região de atuação, a representatividade e características do negócio foram comentadas. Importante destacar as principais dificuldades enfrentadas pelas operadoras.

A seguradora com foco em vendas de planos para Pequenas e Médias Empresas (PME) relata dificuldades na negociação de preços e acesso a estas empresas.

Foi citado também o impacto dos altos valores pagos para ANS referente ao ressarcimento ao SUS. O ressarcimento ao SUS é feito quando ocorrem atendimentos ou exames em instituições públicas aos beneficiários que possuem planos de saúde. As operadoras têm obrigação legal de fazer o reembolso ao SUS, pelos atendimentos realizados aos beneficiários cobertos pelos planos. A obrigatoriedade foi instituída pelo artigo 32, da Lei nº 9.656/1998 e regulamentado pelas normas da ANS.

Os impactos devido à pandemia Covid-19, com relação aos custos, também foi um dos itens comentados por duas operadoras de grande porte. O reajuste negativo definido pela ANS para os

planos individuais e familiares foi citado por uma cooperativa médica. Uma das operadoras de pequeno porte relata que há dificuldade com a falta de resolutividade em sua região de atuação, obrigando a enviar beneficiários para atendimento em outras cidades. Citado por duas operadoras a dificuldade em atender a exigências da ANS, que pode ser justificada em parte por serem de pequeno porte, o que acaba por exigir mudanças, além de investimentos tanto operacionais quanto financeiros. Segundo os autores Freitas et al. (2011) de acordo com os resultados e as experiências da literatura citada em seu estudo, as inadequadas estruturas internas e o pequeno porte das operadoras podem explicar, em parte, a dificuldade de aplicação das mudanças.

5.3 Grupo 1 – Atendimento as Exigências ANS

5.3.1 Estrutura para Atender as Exigências da ANS

Acerca da estrutura para atender as exigências da ANS, foi colocada a seguinte questão:

Questão 2: Como funciona a estrutura da operadora para atender as exigências legais impostas pela ANS? () existe uma equipe dedicada () um setor específico () um sistema informático () realizado internamente () tem apoio de consultoria externa?

Algumas das operadoras entrevistadas relataram que possuem uma equipe dedicada exclusivamente para o atendimento as exigências da ANS, um setor específico foi criado para atender as normas e garantir o atendimento aos prazos legais.

A OPS 4 informou que o tratamento das demandas é compartilhado por várias áreas, contudo, avaliam uma reestruturação para criar um setor específico, possuem também o apoio de consultoria externa.

A OPS 8 informou que as demandas da agência são tratadas internamente, mas não existe um setor ou equipe dedicada. As operadoras de médio e grande porte mencionaram ainda possuir sistema informático de suporte para facilitar a gestão das demandas do órgão regulador.

Cabe destacar as informações prestadas pelas OPS 1 e OPS 7, que possuem processos similares, foi mencionado que a área, além de ser responsável pelas demandas da ANS, oferece ainda suporte consultivo as demais áreas das empresas, sendo este setor responsável por disseminar o conhecimento sobre os assuntos divulgados pela agência reguladora e também por divulgar os resultados das diversas avaliações realizadas pela ANS.

Importante mencionar que a estrutura ideal de uma empresa são temas cuja abordagem ainda é complexa e perfeitamente discutível. A estrutura organizacional apresenta um carácter transitório, volátil, à medida da volatilidade do ambiente em que a empresa está inserida (Coelho & Coelho, 2003).

Cabe ressaltar que não há uma estrutura única e ideal, a discussão dos tipos ideais parece cada vez mais pertinente, por isso, abordar questões como flexibilidade e a adaptabilidade das estruturas organizacionais, é importante, visto que deles depende a sobrevivência das empresas num ambiente tão turbulento e tão incerto (Coelho & Coelho, 2003).

Em razão do ambiente extremamente regulado, as empresas de planos de saúde, se veem obrigadas a adequar suas estruturas para garantir o atendimento das demandas regulatórias e consequentemente se manterem nesse mercado.

5.3.2 Implantação das Normas ANS

A questão 3 aborda a implantação das normas publicadas pela ANS e procura identificar as atividades e processos que as operadoras utilizam para atender a regulação:

Questão 3: Relativamente às normas abaixo como foi a implantação e quais os impactos (operacionais/financeiros/assistenciais) para a operadora?

- a) RN 323/13 – Ouvidoria
- b) RN 386/15 – Programa de Qualificação/IDSS
- c) RN 388/15 – NIP – Notificação de Intermediação Preliminar

Obtivemos as seguintes informações:

a) RN 323/13 – Ouvidoria:

Observa-se nesse tema, uma similaridade nos processos realizados pelas operadoras para atender a esta resolução. As empresas já possuía um setor de atendimento ao cliente ou até mesmo um setor de ouvidoria, dessa forma, houve apenas a necessidade de uma reestruturação para atender as especificidades exigidas pela norma da ANS. O principal impacto mencionado foi o financeiro visto a necessidade de ajustes nas equipes e a contratação de pessoal especializado. Cabe mencionar alguns aspectos importantes obtidos nas entrevistas a respeito dos impactos com a implantação do setor de ouvidoria:

- As manifestações dos beneficiários são analisadas e reportadas às áreas das empresas para identificar ações para possíveis correções nos processos;
- Houve melhor interlocução com os beneficiários;
- Houve melhor percepção do relacionamento com o beneficiário;
- Observou-se a aproximação do beneficiário com a operadora, evitando assim o envio de reclamações para ANS e outros órgãos de defesa do consumidor;

Os itens destacados tem relação com as informações obtidas no relatório de atendimentos das ouvidorias, divulgado pela ANS. No relatório das ouvidorias as operadoras são estimuladas a descrever as recomendações que fizeram para aprimorarem suas atividades. Nota-se que muitas delas são baseadas no interesse de promover incremento da percepção de qualidade por parte dos usuários. Algumas recomendações destacadas: ampliar a participação da ouvidoria em comitês internos com foco no cliente; melhorar a divulgação da rede de atendimento para aumentar percepção de qualidade e confiabilidade pelos clientes; disponibilizar relatórios periódicos à alta gestão sobre as manifestações recebidas (ANS, 2021e).

b) RN 386/15 – Programa de Qualificação/IDSS

O IDSS é calculado a partir de indicadores cujos dados são coletados nos sistemas de informações gerenciais da ANS, enviados periodicamente pelas operadoras e nos sistemas nacionais de informação em saúde, dessa forma para garantir a participação no programa é necessário o envio periódico e nos prazos, das informações para ANS.

Foi relatado pelas operadoras algum investimento em tecnologia para atender ao formato TISS, visto que foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados com a ANS. Quatro das operadoras entrevistadas informaram que os indicadores são analisados pelos setores pertinentes (devido às especificidades das informações, ex.: contábeis, assistenciais) com seus diretores, para que possam ser identificados itens passíveis de melhoria ou de correção.

Uma das operadoras relatou a necessidade de adequar sua operação ajustando mensalmente as trocas de informações, gerenciando e avaliando cada indicador e conjuntamente, propondo as áreas ajustes para poder atender os critérios do IDSS e ter uma boa avaliação, visto a obrigatoriedade da publicação da nota. Como resultado das ações de análise e avaliação dos indicadores, houve mudança significativa da nota de 0,39 para 0,89.

Observou-se em todas as operadoras certa preocupação devido a divulgação da nota. Outro relato importante foi a preocupação na manipulação de dados pelas operadoras para que o resultado do IDSS seja elevado. Foi mencionado ainda que os resultados do IDSS pudessem ser mais explorados como diferencial pelas operadoras.

Os resultados do IDSS são divulgados através de nota para cada operadora, que varia de zero a um, sendo um, a nota máxima a ser alcançada. O IDSS também é estratificado por faixas avaliativas. Existem cinco faixas avaliativas: 1 (0,80 a 1,00); 2 (0,60 a 0,79); 3 (0,40 a 0,59); 4 (0,20 a 0,39) e 5 (0,00 a 0,19). Em consulta ao relatório disponibilizado pela ANS, verificamos as notas das operadoras participantes, baseado nos dados do ano de 2020 e foi possível constatar que cinco operadoras estão na faixa 2, uma, na faixa 3 e uma, na faixa 1, com os melhores resultados. Uma das operadoras não foi avaliada por estar em processo de incorporação por outra operadora. Observam-se de forma geral, resultados satisfatórios, pressupõe que as ações realizadas para o atendimento a RN parecem ser apropriadas.

c) RN 388/15 – NIP – Notificação de Investigação Preliminar

As operadoras relatam principalmente impactos financeiros, devidos aos investimentos realizados e operacionais devido às mudanças internas necessárias para atendimento a norma.

A OPS 1 relata investimento em sistema informático para melhor gerir o processo e rastrear as fases e responsabilidade de cada área participante, com colaboradores dedicados ao tratamento das NIPs.

A OPS 2 informou os impactos financeiros para atendimento a norma e acredita que a ANS deveria fazer um filtro mais detalhado e criterioso nas reclamações recebidas evitando assim o envio NIPs desnecessárias para as operadoras.

Com um processo diferente das demais, a OPS 4 informou que o setor de ouvidoria faz que a gestão das NIPs, visto ser um setor também responsável pelo tratamento de outras reclamações recebidas.

As NIPs recebidas pela OPS 7 são tratadas pelo setor de regulamentação. É um assunto de extrema importância na operadora, devido aos impactos financeiros (possíveis multas) e operacionais (possível suspensão de comercialização de planos). Existe um grupo, que envolve os gestores das áreas, para discussão e elaboração de ações para redução do número de NIPs, considerando as reclamações recebidas. O processo é analisado em conjunto com os gestores das diversas áreas, onde são propostas ações de melhoria para evitar reclamações recorrentes.

A OPS 8 informou que não teve grandes impactos com a norma e o volume de NIPs é baixo.

Através das NIPs a ANS realiza o monitoramento da Garantia de Atendimento, onde é realizado o acompanhamento do acesso dos beneficiários às coberturas contratadas, realizado com base nas reclamações recebidas e na quantidade de beneficiários de planos de saúde. As reclamações consideradas nesse monitoramento se referem ao descumprimento dos prazos máximos para realização de consultas, exames e cirurgias ou negativa de cobertura assistencial.

A partir do número de NIPs as operadoras são classificadas em faixas, de zero à três, sendo zero a melhor faixa, as faixas superiores do monitoramento apresentam um pior resultado no indicador. Em consulta aos resultados divulgados pela ANS referente ao segundo trimestre de 2021, verificamos a situação das operadoras participantes: cinco operadoras na faixa 0, duas na faixa 1 e apenas uma operadora na faixa 3 com planos suspensos para comercialização. Com isso, pode-se entender que os processos praticados pelas operadoras contribuíram positivamente para os resultados obtidos no monitoramento realizado pela ANS, cabendo revisão para a operadora com pior resultado.

5.3.3 Participação no Programa de Acreditação

A questão 4 visa identificar se as operadoras participaram ou pretendem participar do programa de acreditação e também obter opiniões sobre o tema:

Questão 4: Relativamente a RN 452/20, que dispõe sobre o programa de acreditação, foi avaliada a possibilidade da operadora em participar? Qual a sua opinião sobre essa normativa?

Com relação ao processo de acreditação, foi identificado que nenhuma das operadoras até o momento é acreditada segundo as normas da ANS. Uma das operadoras avaliou participar do programa, mas devido ao tempo e esforços necessários optaram por focar outros grandes projetos em andamento, acredita ser muito importante a resolução da ANS.

Uma das operadoras da modalidade medicina de grupo justifica que devido a seu porte, prefere participar em programas de certificações que em sua opinião, tem perspectivas mais comerciais, como, por exemplo, através da Organização Nacional de Acreditação (ONA), entidade responsável pelo desenvolvimento e gestão dos padrões brasileiros de qualidade e segurança em saúde. A ONA trabalha para que as instituições de saúde no Brasil adotem práticas de gestão e assistenciais que levem à melhoria do cuidado para o paciente.

A OPS 4 informou que neste momento o setor de qualidade está organizando reuniões para obter das áreas de negócio as evidências existentes, bem como mensurar o tamanho do desafio para possivelmente criar um projeto para o ano de 2022.

A OPS 8 informou que está em fase de implantação para ainda no ano de 2021, passar pela auditoria de certificação, julga que o programa de acreditação é muito relevante por estimular a melhoria contínua em todos os processos.

As demais operadoras não avaliaram a possibilidade em participar do programa de acreditação, contudo, demonstram que a iniciativa da ANS é uma importante ferramenta para a qualificação.

Com as informações recebidas nas entrevistas foi possível perceber que apesar de a maioria ter avaliado, ainda há desinteresse das operadoras na efetiva participação no programa de acreditação sugerido pela ANS. De forma geral os gestores têm o entendimento de que a certificação pode trazer melhores resultados para a estrutura organizacional.

Segundo informações da ANS atualmente há sete operadoras acreditadas com as regras da RN 452/2020 e vinte e seis operadoras acreditadas com as regras da RN 277/2011. O mesmo foi constatado pelos autores Cruz da Silva et al. (2020) um baixo número de operadoras acreditadas, porém, devido à possibilidade de realizar a divulgação dos seus produtos com a certificação da acreditação, as operadoras irão conseguir melhores resultados na gestão e outros benefícios financeiros, acredita-se que cada vez mais outras operadoras estarão em busca da acreditação.

5.4 Grupo 2 – Relação Qualidade x Regulação ANS

5.4.1 Resultados da Implantação das Normas

A questão 5 busca obter opiniões dos gestores acerca das normas da ANS e a sua relação com a qualidade assistencial:

Questão 5: Relativamente as normas abordadas anteriormente, acredita que trouxeram resultados efetivos em relação à melhoria da qualidade assistencial?

As operadoras foram consensuais quando questionadas sobre os resultados das exigências legais, nomeadamente, a Ouvidoria, o IDSS, as NIPs e o processo de acreditação, com relação à melhoria na qualidade. Abaixo algumas informações importantes relatadas pelos participantes:

- *As normas influenciam demais. A busca pela conformidade regulatória faz com que tenhamos melhor qualidade no atendimento aos clientes. O impacto na qualidade assistencial é indireto, pois, o impacto direto é no atendimento ao consumidor (acesso, disponibilidade, reajuste, rede, abrangência, coparticipação, etc). A qualidade fomenta o mercado de saúde suplementar.*
- *As normas atuam como balizador, impõe regras para as operadoras terem o necessário para uma prestação de serviços com qualidade mínima.*
- *As resoluções normativas instituídas pela agência no que tange a qualidade assistencial, incentivaram as operadoras a pensar em longo prazo, ou seja, a entender a necessidade de incentivar a prevenção, cuidado, visto que o atual modelo não preza a saúde do beneficiário. Entretanto, investir em qualidade requer recursos e estas exigências fazem com que muitas operadoras “empurrem” este processo de mudança na qualidade assistencial.*
- *Considero que sim, as normas trazem e podem trazer resultados positivos para a operadora.*
- *As normativas abordadas contribuíram de forma significativa para a melhoria da qualidade assistencial.*
- *De forma geral as normas impostas pela ANS trazem resultados importantes para a qualidade assistencial, além de trazer para discussão o tema qualidade, de alguma forma obriga as operadoras repensarem os seus processos.*
- *As ações da agência nacional de saúde apesar de serem muitas vezes difíceis e custosas de se praticar são importantes para manter o equilíbrio entre as partes e impulsionar a qualidade na prestação de serviços.*

Os itens acima destacados confirmam os achados no estudo de Santos et al. (2008) o qual concluiu que a regulação assistencial foi uma inovação e se revelou apropriada no sentido da indução de novas práticas assistenciais, valorizando a promoção e prevenção, bem como a introdução de mecanismos de avaliação de qualidade.

5.4.2 Atuação do Órgão Regulador

A questão 6 procura obter as opiniões sobre a atuação da ANS, bem como dos incentivos e avaliação para o setor:

Questão 6: Como você avalia a atuação da ANS no mercado da saúde suplementar, relativamente aos incentivos e avaliação da qualidade no setor?

Ao serem questionadas sobre a atuação da ANS, relativamente aos incentivos e avaliação da qualidade, identificamos percepções distintas dos gestores, dessa forma torna-se pertinente expor a opinião dos participantes:

- Entende que a ANS tem muito espaço para criar e desenvolver programas de incentivo a qualidade e o que existe hoje pode ser melhorado.
- Avalia a ANS como um órgão “preguiçoso”, visto que poderia ser muito melhor explorada no âmbito de apoio às operadoras, regulando e sem vieses políticos.
- Entende que independente de publicar normas para incentivar a qualidade assistencial deve-se avaliar as diversas obrigações e suas penalizações a fim incentivar as operadoras e não desestimular sua saída gradual como ocorre há anos.
- Entende que a ANS tem atuação importante para a sustentabilidade e qualidade do setor.
- Avalia positivamente, visto que beneficia e bonifica aquelas operadoras com melhores práticas de gestão. A dificuldade é que o mercado ainda não toma por base esses itens, por exemplo, na contratação de uma operadora A ou B por uma grande empresa, não são considerados os atributos de qualidade das operadoras.
- A atuação da ANS é de suma importância para trazer o equilíbrio em relação ao cliente e operadora, porém, nem sempre o beneficiário é beneficiado com as normativas impostas, quanto aos incentivos e avaliação da qualidade, acreditamos que seja um instrumento importante para o setor.
- A atuação da ANS é importante, impõe regras ao setor, porém, existem muitas regras que são de cunho punitivo e não atingem seu real objetivo. Quanto aos incentivos e avaliação da qualidade, observa-se que são mais quantitativos do que de resultados.
- A quantidade de normativas é absurda, muitas vezes difícil de praticar. Infelizmente a ANS, na ânsia de mostrar que fez alguma coisa para o aprimoramento da qualidade, cria programas e indicadores que não se completam e, em alguns casos, ainda se contrariam.
- É imprescindível que os prestadores de serviços, com quem os beneficiários interajam quando vão usufruir dos serviços contratados, também sejam regulados, sob pena de prejuízo na geração de qualidade.

As diferentes opiniões ratificam as informações do estudo de Gamarra (2017) no qual permitiu revelar diferenças de compreensão em relação à ANS, ora vista como instância de conciliação, ora considerada um órgão burocrático e lento e também vista como instituição que incentiva práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças e melhoria da qualidade em saúde.

5.4.3 Avaliação da Qualidade na Saúde Suplementar

A questão 7 busca obter a opinião dos participantes sobre a avaliação da qualidade dos serviços de saúde no Brasil e também sobre os aspectos que afetam a qualidade no setor:

Questão 7: Como você avalia a qualidade dos serviços da saúde suplementar ofertado no Brasil? Em sua opinião quais seriam os aspectos que afetam (de forma positiva/negativa) a qualidade dos serviços da saúde suplementar?

Os resultados das entrevistas realizadas mostram mais uma vez que os entrevistados possuem entendimentos e visões diferentes sobre a qualidade na saúde suplementar.

Considerando a região Sul e Sudeste de São Paulo, onde atua uma das operadoras, a mesma avalia os serviços na saúde suplementar de qualidade, visto a capilaridade de prestadores de serviços na região.

Um dos gestores entende que na saúde suplementar o processo ainda é desalinhado e não visa a saúde do beneficiário e que atualmente o foco está em tratar a doença.

Foi-nos relatado o entendimento que os serviços de qualidade são ofertados majoritariamente aos clientes de maior poder aquisitivo, que possuem planos de saúde diferenciados e serviços adicionais, enquanto para as classes sociais mais baixas, existe qualidade, mas pode ser prejudicada devido à alta demanda desse público.

Outro gestor considera que muitas operadoras não conseguem atender os beneficiários prestando o serviço de qualidade que foi contratado, por esse motivo ainda existem muitas reclamações. Considera que a saúde suplementar contribui para com o sistema público.

Outra opinião distinta, em que o participante entende que as empresas do setor visam somente o lucro e não se preocupam com a saúde da população.

Observam-se opiniões similares entre três operadoras da modalidade cooperativa médica, considerando o seu modelo de negócio, acreditam que a forma de remuneração aos prestadores é o maior fator negativo nessa relação, pois, privilegia o volume de serviços realizados em detrimento da

qualidade do serviço. Os serviços de saúde foram avaliados com qualidade, porém, consideram ainda baixo os investimentos, justificado pelos altos custos em novas tecnologias na área da saúde.

Cabe ressaltar que as opiniões sobre a avaliação dos serviços de saúde foram expostas pelos gestores com diferentes perspectivas. A qualidade foi considerada com enfoque na oferta de prestadores, na saúde dos beneficiários, considerado o tipo de plano e o poder aquisitivo dos contratantes, também relatado sobre a capacidade de atendimento das operadoras, bem como a relação e a forma de remuneração com os prestadores de serviços e ainda sobre a perspectiva de investimento em novas tecnologias. A qualidade na saúde suplementar foi observada pelos entrevistados, porém, vários aspectos foram criticados.

5.4.4 Desafios e Oportunidades para o Setor

A questão 8 busca obter a opinião dos gestores sobre os desafios e oportunidades para o setor:

Questão 8: Em sua opinião, quais são os principais desafios e oportunidades do setor para os próximos anos, para a sua empresa e para o mercado como um todo?

Quando questionados sobre os desafios e oportunidades para o setor, os entrevistados expuseram alguns pontos importantes que devem considerados pelas operadoras e por todo mercado. Na Tabela 8 estão elencados os principais temas informados pelos participantes:

Tabela 9 - Desafios e Oportunidades

Desafios	Oportunidades
○ Custos dos planos de saúde; ○ Custos das despesas médico-hospitalares; ○ Capacidade de pagamento dos contratantes; ○ Controle desenfreado de solicitação de exames; ○ Incorporação de novas tecnologias; ○ Investimento em cuidados na atenção primária; ○ Prevenção de doenças; ○ Pandemias; ○ Retenção de clientes;	○ Parceria com os <i>players</i> de mercado 4.0; ○ Governança corporativa; ○ Falta de qualidade nos serviços prestados pelas operadoras concorrentes; ○ Precariedade do serviço público (SUS); ○ Reflexos da pandemia, que gerou a percepção das pessoas da importância de se ter planos de saúde; ○ Oferta de planos para classe com menor poder aquisitivo;

Desafios	Oportunidades
○ Envelhecimento da população; ○ Mudança do modelo de pagamento dos prestadores <i>fee for service</i> (por unidade de serviço; procedimento) para performance (por desempenho-metas do prestador; qualidade do cuidado); ○ Equalização de custo X qualidade; ○ Concorrência com as grandes operadoras;	

Os gestores mostraram preocupação com os desafios para as empresas que atuam no setor, sendo que alguns dos itens apresentados podem afetar de forma diferente cada empresa, devido as suas diferenças e características. Ademais foram relatadas algumas oportunidades, as quais devem ser aproveitadas pelas operadoras de modo a garantir sua sobrevivência no mercado.

Segundo Corrêa (2016) é válido destacar também que cada operadora apresenta respostas distintas aos desafios do mercado em função de suas diferentes competências e capacidades, cada empresa reage de forma particular aos desafios impostos pelo ambiente.

5.5 Grupo 3 – Gestão da Qualidade

5.5.1 Entendimentos Sobre a Qualidade da Assistência Prestada ao Beneficiário

A questão 9 aborda o tema qualidade da assistência ao beneficiário, busca obter o entendimento dos participantes quanto a responsabilidade pela qualidade em alguns itens mencionados:

Questão 9: O que é do entendimento da operadora quando se fala em “qualidade da assistência prestada ao beneficiário”? De quem seria primariamente a responsabilidade sobre a qualidade da assistência a saúde prestada ao beneficiário: operadora ou o prestador?

() custo-benefício favorável ao beneficiário

() acesso à rede credenciada ampla

() produto: cobertura e benefícios

() ausência de negativas

() facilidades operacionais

() melhoria da condição de saúde do beneficiário

() outro: _____

Os respondentes compartilham a responsabilidade sobre a qualidade assistência prestada ao beneficiário entre operadoras e prestadores de serviços.

Quando se fala em custo-benefício favorável ao beneficiário, os entendimentos são de que este item é majoritariamente responsabilidade da operadora, visto que a determinação do preço é feita pela operadora, contudo, são considerados os custos dos prestadores de serviços. Os itens: acesso a rede credenciada ampla e produto: cobertura e benefícios, considerado pela maioria como responsabilidade da operadora, visto que os produtos e a escolha da rede de prestadores são realizados pelas mesmas. Cabe à operadora avaliar as solicitações dos beneficiários, com isso os itens ausência de negativas e facilidades operacionais, também foram considerados de sua responsabilidade, pois, as mesmas devem controlar o processo operacional. O item melhoria da condição de saúde do beneficiário foi considerado de responsabilidade do prestador, porém a operadora pode e deve influenciar.

Destacam-se alguns relatos dos entrevistados sobre o tema:

- *Quando se fala no risco na cadeia produtiva, a responsabilidade fica majoritariamente imposta na operadora, mesmo que o prestador faça um mau atendimento, a operadora que recebe a notificação através da ANS.*
- *A responsabilidade é, principalmente, do prestador, a operadora apenas intermedeia o serviço prestado ao destinatário final, o beneficiário, mas cabe a operadora influenciar.*

Verificam-se opiniões distintas, porém, quando se fala em qualidade na prestação dos serviços de saúde, considerando o relacionamento entre os principais envolvidos nos processos que compõe o plano de saúde, alguns aspectos provavelmente serão de mais responsabilidade do prestador e outros das operadoras.

5.5.2 Ferramentas e Práticas para a Gestão da Qualidade

A questão 10 busca identificar as ferramentas e práticas de gestão da qualidade utilizadas pelas operadoras de planos de saúde:

Questão 10: Como a operadora faz a gestão da qualidade dos serviços prestados, existe uma sistemática de avaliação? De que forma é feita? Com qual periodicidade? Quais aspectos são avaliados?

Observam-se diferenças na forma de gerir a qualidade pelas operadoras. As empresas que realizam algum tipo de avaliação informaram que o processo é feito anualmente, sendo a ferramenta mais utilizada a pesquisa de satisfação.

A operadora de grande porte, seguradora especializada em saúde nos relatou que a anualmente contratam uma empresa de pesquisa para fazer medições acerca do atendimento, produto e jornada do cliente, com objetivo de checar a qualidade nos aspectos de atendimento, desfecho clínico, prazo de agendamento, prazo de espera, localidade, capilaridade da rede de prestadores. Ademais outra operadora de grande porte, relata que faz a gestão da qualidade, através do uso de indicadores como KPI (*Key Performance Indicator*) e OPIs (*Operational Performance Indicator*), são indicadores-chave de performance com foco na medição de processos operacionais, gerados mensalmente para posterior análise e gestão da área de estratégia, além do IDSS e demais índices geridos pela ANS. As operadoras classificadas como cooperativas médicas de pequeno e médio porte, informaram a realização de pesquisa de satisfação com os beneficiários, seguindo os critérios da ANS, através de uma entidade do setor, focada nas áreas de saúde e de gestão. Outras adotam a pesquisa satisfação, realizada anualmente e ademais utilizam de recursos como caixas, onde os beneficiários podem deixar suas manifestações, tanto nos prestadores de serviços como nas operadoras.

Dentre as operadoras participantes, três delas informaram que não existe uma sistemática de avaliação na qualidade, seja pela operadora ou pelos seus prestadores. Cabe destacar as informações obtidas pelos autores Feiten e Coelho (2019), que identificaram em sua pesquisa os facilitadores e as barreiras para a implementação de gestão de qualidade nas organizações de serviço, mais especificamente no setor de saúde, que possui características que o diferencia de uma indústria com particularidades que aumentam o desafio de implementar a gestão da qualidade.

A ANS tem incentivado as operadoras de planos de saúde a realizarem pesquisas de satisfação junto aos beneficiários, tendo publicado em 2020, documento técnico com metodologia padronizada, que garanta representatividade e validade estatística. O incentivo à realização da pesquisa busca aumentar a participação do beneficiário na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos, e seus resultados trazem insumos para aprimorar as ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pelas operadoras. Cabe ressaltar que além das informações relatadas, seis das operadoras realizaram a pesquisa de satisfação nos moldes propostos pela ANS.

Apesar da existência de diversas metodologias que buscam avaliar a qualidade de serviços, observa-se que existe uma tendência em avaliar a qualidade de serviços em função da mensuração da satisfação dos clientes, além disso, existe uma carência no tratamento de problemas desta natureza, que retrata a questão das imprecisões e incertezas intrínsecas ao processo de julgamento dos graus de importância dos critérios e da satisfação dos clientes. Com o intuito de eliminar/reduzir esta carência e também contribuir para a excelência em serviços, considera-se fundamental o desenvolvimento de

metodologias de análise decisória destinadas à avaliação/classificação da qualidade em serviços, que sejam capazes de incorporar múltiplos determinantes (critérios) da qualidade e também comportem julgamentos de múltiplos avaliadores (A. L. Freitas, 2005).

5.5.3 Utilização de Programas, Metodologias e Ferramentas da Qualidade

A questão 11 busca obter informações acerca dos ganhos que as operadoras podem ter com utilização de metodologias e ferramentas da qualidade:

Questão 11: Quais os ganhos que o uso de programas, metodologia(s) ou ferramenta(s) da qualidade traz para a operadora, tanto do ponto de vista assistencial quanto operacional?

Não há dúvidas quando se fala sobre a importância da utilização de programas, metodologias e ferramentas da qualidade. As operadoras relataram aspectos importantes referentes aos ganhos na utilização de tais métodos. Foi abordado que os ganhos estão principalmente na gestão e na satisfação do cliente. A qualidade gera aumento de lucratividade, melhoria no relacionamento com o cliente e consequente fidelização dos mesmos, acarreta também mais efetividade nos processos, possibilitando a entrega dos serviços, além do controle de custos. A utilização de ferramentas de avaliação podem trazer inúmeros ganhos, entre eles, redução do retrabalho, organização, eficiência de processos, agilidade da gestão, facilidade na tomada de decisão, planejamento, entre outros. Outra contribuição relatada, que poderá ser notado facilmente é a redução da despesa assistencial. O uso de programas de qualidade não só leva a melhores tratamentos, como reduz os custos e desperdícios para melhor e mais eficaz aplicação dos recursos. Cabe ressaltar que do ponto de vista assistencial é possível monitorar a qualidade oferecida através dos prestadores de serviço e do ponto de vista operacional a avaliação é muito importante na governança e controles internos da operadora.

Sabe-se que qualidade no setor de saúde tem apresentado uma expansão crescente de ações que visam à garantia e à melhoria contínua e que alimentam, principalmente, as exigências da competitividade de mercado e dos usuários dos serviços. É, portanto, primordial a implementação de programas permanentes de qualidade e a adequada gestão dos recursos do sistema para a melhoria dos resultados das organizações de saúde, tanto na sua estrutura, quando para melhoria e satisfação relacionadas aos usuários (U. A. D. E. Souza & Cossentini, 2017).

6. CONCLUSÃO, LIMITAÇÃO E INVESTIGAÇÕES FUTURAS

O objetivo principal deste estudo foi identificar o impacto da regulação na gestão da qualidade das operadoras de planos de saúde no Brasil para isso foi realizada pesquisa qualitativa, sobre os aspectos relacionados com os temas, saúde suplementar, regulação e qualidade para dar respostas às questões de partida e atingir os objetivos desse estudo. A partir das análises e informações recolhidas nas entrevistas e na pesquisa bibliográfica foi possível responder às questões iniciais dessa pesquisa, conforme veremos a seguir.

Com base nas informações recebidas e analisadas, foi possível responder à questão da pesquisa: **Como as operadoras de planos de saúde atendem a exigências legais?** Constatou-se que majoritariamente as empresas participantes possuem processos estruturados para atender a regulação da ANS, normalmente com setor ou equipe exclusivas para atender as exigências legais. Além disso, observaram-se impactos financeiros, visto a necessidade de ajustes e contratação de pessoal especializado, bem como algum investimento em tecnologia e operacionais, em razão da adequação da estrutura para implantação das normativas abordadas neste estudo.

Os temas estruturas e processos são muito discutidos, de forma que as empresas precisam ser flexíveis e adaptáveis ao ambiente em que se encontram, nesse sentido podemos entender que as operadoras de planos de saúde tiveram que adequar suas operações com vistas a garantir o atendimento às exigências do órgão regulador, sob pena de não poderem atuar no mercado.

Foi possível identificar a necessidade por parte das operadoras em modificação nos processos para atender a regulação imposta pelo órgão regulador. Observam-se nomeadamente nas ouvidorias, alteração nas estruturas para atender a norma e incentivos por parte da ANS para que as operadoras desenvolvam ações para aprimoramento em suas atividades. Com relação ao IDSS, observa-se preocupação das operadoras com os resultados dos indicadores, bem como da sua divulgação. As operadoras têm realizado análise de seus resultados, com vistas a elaboração de ações para melhoria ou correções em seus processos. Outro importante tema são as NIPs, devido aos diversos impactos negativos caso as mesmas não sejam devidamente tratadas, é um assunto de extrema relevância para as operadoras. Observam-se ações para redução do número de NIPs, bem como propostas de melhoria para evitar reclamações recorrentes. Relativamente ao programa de acreditação identificamos que nenhuma das empresas é acreditada, porém, foi avaliada a possibilidade em participar e apenas uma das operadoras está em processo de implantação com intenção de passar pela auditoria de certificação em breve.

Conforme com as informações dos gestores, pode-se concluir que os processos para atender a regulação contribuem de forma significativa nas práticas de gestão de qualidade. A agência através da regulação, mesmo que indiretamente fazem com as empresas do setor, revisem seus processos, incentivando dessa forma a implementação de ações que resultem em novas práticas para melhor gerir a qualidade dos serviços prestados, de forma a responder a questão da pesquisa: **Como os processos para atendimento a regulação contribuem nas práticas de gestão da qualidade?**

Verificou-se forte influência na gestão da qualidade nas operadoras de planos de saúde, de forma a afetar suas atividades. Na visão dos gestores das empresas participantes, observou-se consenso quando questionados sobre os resultados das exigências legais abordadas nesse estudo, com relação à melhoria na qualidade.

Os relatos dos participantes apontam alguns aspectos: as normas influenciam demais, a busca pela conformidade regulatória incentiva a qualidade no atendimento aos clientes; as normas atuam como balizador, impondo o mínimo para ter serviço com qualidade; incentivam as operadoras a pensarem em longo prazo; trazem resultados positivos e traz a tona o tema qualidade para discussão; mesmo sendo difíceis de praticar, de forma geral as normas são importantes para manter o equilíbrio no setor bem como impulsionar a qualidade na prestação do serviço. A partir das informações obtidas, entende-se que a regulação, as exigências legais (normas destacadas nesse estudo) parecem colaborar como mecanismo propulsor da qualidade assistencial, respondendo à questão da pesquisa: **Como a regulação a influência as operadoras de planos de saúde na gestão da qualidade?**

Cabe ressaltar a opinião dos gestores sobre a atuação da ANS, relativamente aos incentivos e avaliação da qualidade, verificaram-se distintas percepções sobre o tema, de forma geral, o órgão regulador é bem avaliado, por outro lado, entende-se que há espaços para melhorias, com mais apoio e incentivo às operadoras de planos de saúde e ao setor como um todo.

É oportuno mencionar algumas críticas apontadas pelas operadoras à ANS. A grande quantidade de normas publicadas pelo órgão regulador, muitas vezes torna-se difícil de praticar, além disso, muitas delas são de caráter punitivo e acabam por não atingirem seu real objetivo, foi também mencionado a importância de regulação para os prestadores de serviços, para que não haja prejuízo a geração de qualidade. Foi também exposto que agência reguladora tem espaço para criar e para melhorar a regulação que já existe, com vistas não só a melhoria da qualidade bem como incentivo a manutenção das operadoras no mercado e não a sua saída, como pode ser observado ao longo dos anos.

Constataram-se opiniões distintas com relação à avaliação da qualidade na saúde suplementar, porém, sob diferentes perspectivas. A qualidade foi observada pelos entrevistados, porém com críticas em vários aspectos. A saúde suplementar foi apontada como um setor desalinhado, sem ênfase na saúde do beneficiário, visando somente no lucro, falta de capacidade de algumas operadoras em atender com qualidade, a forma de remuneração atual dos prestadores como fator negativo, onde o foco está no volume de atendimento e não na qualidade. Outra opinião relatada, de que existe qualidade, porém, majoritariamente para os clientes com maior poder aquisitivo, para os clientes inseridos nas classes sociais mais baixas, a qualidade pode ficar prejudicada devido à alta demanda desse tipo de público.

Ademais foram informados pelos participantes alguns desafios e oportunidades para o setor, os quais devem ser observados pelas operadoras, com vistas a garantir a sua sobrevivência no mercado.

Os custos dos planos de saúde e das despesas médico-hospitalares, a capacidade de pagamento dos contratantes, a incorporação de novas tecnologias, pandemias, a forma de remuneração dos prestadores, o envelhecimento da população foram alguns dos desafios apontados pelos participantes. Com relação às oportunidades, podemos citar as parcerias com novos *players* do mercado, a governança corporativa, a falta de qualidade dos concorrentes e do setor público, os reflexos da pandemia que elevou a percepção da importância do plano de saúde e ainda a oferta de planos para as classes de menor poder aquisitivo.

Observou-se como a ferramenta mais utilizada para avaliar a qualidade a pesquisa de satisfação, sendo que seis das operadoras participantes utilizaram do método proposto pela ANS. As operadoras de grande porte relataram que utilizam outras sistemáticas de avaliação da qualidade, como indicadores de gestão, além da pesquisa de satisfação que inclui a análise de itens como desfecho clínico, capilaridade de rede de atendimento entre outros. Verificou-se a ausência de mecanismos de avaliação de qualidade por parte de algumas das empresas. Dessa forma foi possível responder à questão: **Quais as ferramentas e práticas de gestão da qualidade utilizadas pelas operadoras?**

Um aspecto relevante a ser destacado é o fato de algumas operadoras não possuírem ferramentas para a gestão da qualidade, ainda que seja um importante contributo para a sustentabilidade das organizações. Observa-se também uma tendência das operadoras utilizarem como principal meio de avaliação da qualidade a pesquisa de satisfação. Cabe ressaltar a importância do desenvolvimento e utilização de metodologias e ferramentas de qualidade que possam incorporar múltiplos critérios e não somente baseado na satisfação dos beneficiários. A qualidade deve ser vista e avaliada através das diversas perspectivas, incluindo dos beneficiários, dos prestadores de serviços e das operadoras de

planos de saúde, com isso torna-se importante desenvolver indicadores de qualidade que integrem todas as perspectivas, de forma a oferecer subsídios para uma prestação de serviços que atenda as necessidades dos usuários de planos de saúde.

Conforme entendimentos dos participantes a responsabilidade sobre a qualidade da assistência prestada ao beneficiário deve ser compartilhada com os prestadores de serviços. Alguns aspectos como custo do plano, rede credenciada, facilidades operacionais são majoritariamente responsabilidade da operadora, já a melhoria na condição da saúde do beneficiário pode ser considerada como incumbência do prestador, porém, a operadora pode e deve influenciar, pois, é responsável pela comercialização de serviços de saúde.

Observam-se ações que visam a melhoria contínua e a qualidade no setor da saúde, exigências estas trazidas pela competitividade do mercado e pelos usuários dos serviços. Com isso torna-se imprescindível a implementação de programas, metodologias e ferramentas permanentes de qualidade, para melhores tratamentos, redução de custos e desperdícios, bem como para melhor e mais eficaz aplicação dos recursos.

Em conclusão, constatou-se que para as operadoras atenderem à regulação imposta pela ANS, foram necessários desenvolvimentos ou ajustes nos processos organizacionais, e que de forma geral, as exigências legais (normas destacadas neste estudo) parecem colaborar como mecanismo propulsor da qualidade assistencial. Cabe ainda mencionar que as exigências legais são importantes incentivadores para a utilização, desenvolvimento e aplicação de ferramentas da qualidade, porém, trouxeram impactos operacionais, financeiros e assistenciais para as operadoras. Por fim foi possível averiguar que a gestão da qualidade traz impactos significativos em todos os processos organizacionais e consequentemente na satisfação do cliente.

6.1 Contributos

Espera-se com este estudo contribuir para melhor compreensão do mercado de saúde suplementar, atualmente tão importante para a economia e para a assistência de milhões de brasileiros, bem como para melhor compreensão e divulgação da literatura. Com esta pesquisa, foi possível obter opiniões importantes dos gestores da área, incluindo críticas que poderão servir como subsídios para ações de melhorias no setor estudado e ainda contribuir com questões para investigações futuras sobre a regulação e qualidade, temas extremamente relevantes e com a literatura escassa.

6.2 Limitações

Observam-se nesse estudo algumas limitações. Para sua elaboração foram delimitadas algumas variáveis para análise do impacto da regulação na gestão da qualidade, contudo, por ser um tema influenciado por uma grande diversidade de fatores e variáveis, sugere-se, por exemplo, novos estudos, onde fossem analisadas empresas por porte ou modalidade e ainda com enfoque em outras normas publicadas pela ANS. Neste estudo os temas foram analisados com a perspectiva das operadoras, sugerem-se também estudos sob a ótica dos beneficiários de planos de saúde. Torna-se pertinente aprofundar os estudos e ampliar a compreensão acerca dos normativos editados pela ANS bem como a sua relação com a efetiva melhoria na gestão da qualidade na perspectiva dos demais atores da saúde suplementar, contribuindo assim para novas discussões acerca da temática. Por fim, o tamanho reduzido da amostra também foi um fator de limitação, a preocupação com confidencialidade das informações pode ter contribuído a não participação de mais operadoras.

7. REFERÊNCIAS

- Abelha, M. C., Gonçalves, A. A., & Pitassi, C. (2014). Estratégia de Operações em Serviços de Saúde : Estudo de Caso das Operadoras de Planos de Saúde Suplementar. *Revista Metropolitana de Sustentabilidade*, 4(1), 107–121. Retrieved from <https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/rms/article/view/263%0A>
- Alves, S. L. (2015). *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. (1º ed.). Rio de Janeiro: Funenseg.
- ANS. (2021a). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Retrieved September 29, 2021, from http://ftp.dadosabertos.ans.gov.br/FTP/PDA/Caderno_SS/2021/
- ANS. (2021b). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Retrieved May 4, 2020, from <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/formas-de-contratacao-de-planos-de-saude>
- ANS. (2021c). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Retrieved May 4, 2020, from <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/agenda-regulatoria>
- ANS. (2021d). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Retrieved May 6, 2020, from <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>
- ANS. (2021e). REA-Ouvidorias 2021. Retrieved December 20, 2021, from https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/institucional/ouvidoria/rea_ouvidorias_2021_vf.pdf
- Azevedo, P. F. de, Almeida, S. F. De, Ito, N. C., Boarati, V., Moron, C. R., Inhasz, W., & Rousset, F. (2017). *A Cadeia de Saúde Suplementar no Brasil: Avaliação de Falhas de Mercado e Proposta de Políticas* (1º ed.). Rio de Janeiro: ENS-CPES.
- Bardan, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barros, F., & Amaral, T. C. L. (2017). Os desafios da regulação em saúde no Brasil. *Anais Do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 16(S3), 39–45. <https://doi.org/https://doi.org/10.25761/anaisihmt.42>
- Barros, M. E., & Piola, S. F. (2016). O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In R. M. Marques, S. F. Piola, & A. C. Roa (Eds.), *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento* (1º ed., pp. 101–138). Rio de Janeiro: ABrES.
- Campos, H. A. de. (2009). FALHAS DE MERCADO E FALHAS DE GOVERNO: UMA REVISÃO DA

- LITERATURA SOBRE REGULAÇÃO ECONÔMICA. *Prismas: Direito, Políticas Públicas e Mundialização*, 5(2). <https://doi.org/10.5102/prismas.v5i2.702>
- Castro, J. D. de. (2002). Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, (7), 122–135. <https://doi.org/10.1590/S1517-45222002000100005>
- Coelho, A., & Coelho, F. (2003). As debilidades estruturais das organizações: o exemplo ibérico. *Revista de Administração Contemporânea*, 7(spe), 143–164. <https://doi.org/10.1590/s1415-65552003000500008>
- CONASS. (2011). *Regulação em Saúde* (1º ed., Vol. 10). Brasília: CONASS.
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Retrieved October 21, 2021, from https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.asp
- Corrêa, R. A. (2016). *Análise de aspectos que influenciam o desempenho de operadoras de planos de saúde privados*. Universidade FUMEC, Belo Horizonte.
- Costa, N. D. R. (2008). O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 13(5), 1453–1462. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232008000500011>
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática* (2º ed.). Coimbra: Almedina.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa- método qualitativo, quantitativo e misto*. (2º ed). Porto Alegre: Artmed.
- Cruz da Silva, A. C., Nascimento, E., Valença, E., & Porto, F. (2020). Sistema de acreditação nas operadoras de saúde suplementar: análise e perspectivas de mercado. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(11), e4022. <https://doi.org/10.25248/reas.e4022.2020>
- Deus, A. R. de. (2016). *QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE - UM OLHAR SOBRE A LITERATURA*. 2–16. Retrieved from https://www.inovarse.org/sites/default/files/T16_M_07.pdf
- Dezideiro, C., & Silva, E. da S. (2017). A utilização do Programa de Acreditação de Operadoras como Instrumento Gerencial. *Revista Húmus*, 7, 90–112. Retrieved from <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/view/7923>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, 14(4), 532. <https://doi.org/10.2307/258557>

- Escrivão Junior, Á., & Koyama, M. F. (2007). O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 903–914. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400012>
- Feiten, A. M., & Coelho, T. C. (2019). Gestão da Qualidade em Organizações de Serviço: Barreiras e Facilitadores. *Revista de Administração FACES Journal*, 18(3), 56–71. <https://doi.org/10.21714/1984-6975>
- FenaSaúde. (2018). A dimensão Social e Econômica do Setor da Saúde Suplementar. Retrieved October 12, 2021, from FenaSaúde website: <https://fenasaude.org.br/publicacoes/a-dimensao-social-e-economica-do-setor-de-saude-suplementar.html>
- Freire, S. S., & Tostes, E. C. de M. (2021). A Nip da ANS e a eficiência administrativa na resolução de litígios da Saúde Suplementar. *Revista Estudos Institucionais*, 7(1), 54–72. <https://doi.org/10.21783/rei.v7i1.604>
- Freitas, A. L. (2005). A QUALIDADE EM SERVIÇOS NO CONTEXTO DA COMPETITIVIDADE. *Revista Produção Online*, 5(1), 24. <https://doi.org/10.14488/1676-1901.v5i1.321>
- Freitas, R. M. de, Cherchiglia, M. L., Lana, F. C. F., Malta, D. C., & Andrade, E. I. G. (2011). Estudo dos modelos assistenciais praticados por operadoras de planos privados de saúde. *Physis*, 21(4), 1561–1577. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400020>
- Freitas, W. R. S., & Jabbour, C. J. . (2011). Utilizando Estudo de Caso(s) Como Estratégia de Pesquisa Qualitativa: Boas Práticas e Sugestões. *Estudo & Debate*, 18(2), 7–22. Retrieved from <http://www.meep.univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/view/560>
- Gamarra, T. P. das N. (2017). A produção acadêmica sobre a agência nacional de saúde suplementar: Um olhar a partir da biblioteca digital Brasileira de teses e dissertações. *Saude e Sociedade*, 26(3), 712–725. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017169923>
- Gerschman, S., Ugá, M. A. D., Portela, M., & Lima, S. M. L. (2012). O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(2), 463–476. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000200004>
- Gil, A. C. (2002). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa* (4^o ed.). São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, L. (2013). *Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde: a busca por uma assistência médica de qualidade*. Retrieved from https://www.inovarse.org/sites/default/files/T13_2013_0043.pdf

- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e Formas de Uso* (1º ed.). Cascais: Princípia.
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21th century. In *Institute of Medicine*. <https://doi.org/10.17226/10027>
- Koyama, M. F. (2006). *Auditoria e Qualidade dos Planos de Saúde: Percepções de Gestores de Operadoras da Cidade de São Paulo a respeito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS*. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- Lara, N. (2017). Regulação da Saúde Suplementar: teoria e experiências nos países. Retrieved November 25, 2021, from Instituto de Estudos de Saúde Suplementar website: <https://www.iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/textos-para-discussao/td-67-regulacao-da-saude-suplementar-teoria-e>
- Lima, M. C. (2008). *A Engenharia da Produção Acadêmica* (2º ed.). São Paulo: Saraiva.
- Malhotra, N. (2001). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada* (3º ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Marins, M. N. De, & Zotes, L. P. (2013). *QUALIDADE, ACREDITAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PARA AS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR*. Retrieved from https://www.inovarse.org/sites/default/files/T13_0575_3201.pdf
- Mendonça, C. S., Reis, A. T. dos, & Moraes, J. C. de. (2006). *A política de Regulação do Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Milano Falcão Vieira, M., & Ferreira Vilarinho, P. (2004). O Campo da Saúde Suplementar no Brasil. *Revista de Ciências Da Administração*, 6(11), 1–28. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273525892001>
- Miraldo, C. de O. (2016). *A utilização de Sistema de Informação para Gestão das Demandas dos Beneficiários de Operadoras de Planos de Saúde Suplementar, como Estratégia frente à Regulação do Setor e a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP)*. São Paulo: Universidade Nove de Julho.
- Monteiro, M. M. (2020). A OUVIDORIA E SUA CONTRIBUIÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR. *Revista Científica Faculdade Unimed*, 2(2), 83–94. <https://doi.org/10.37688/rcfu.v2i2.134>
- Oliveira, D. F. de, & Kornis, G. E. M. (2017, April 1). A política de qualificação da saúde: Suplementar no Brasil: Uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar. *Physis*, Vol. 27, pp. 207–231. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000200003>

- Oliveira, R. R. de, & Elias, P. E. M. (2012). Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 46(3), 571–576. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000300020>
- Organização Mundial da Saúde. (2006). *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>
- Øvretveit, J. (1996). *La qualità nel Servizio Sanitário*. Napoli: EdISES.
- Pietrobon, L., Prado, M. L. do, & Caetano, J. C. (2008). Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(4), 767–783. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>
- Resolução Normativa nº 323. (2013). Retrieved May 4, 2020, from Agência Nacional de Saúde Suplementar - Diretoria Colegiada website: <https://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>
- Resolução Normativa nº 386. (2015). Retrieved May 4, 2020, from Agência Nacional de Saúde Suplementar - Diretoria Colegiada website: <https://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>
- Resolução Normativa nº 388. (2015). Retrieved May 4, 2020, from Agência Nacional de Saúde Suplementar - Diretoria Colegiada website: <https://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>
- Resolução Normativa nº 452. (2020). Retrieved May 4, 2020, from Agência Nacional de Saúde Suplementar - Diretoria Colegiada website: <https://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>
- Salgado, L. H. (2003). Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional. Retrieved October 23, 2021, from Ipea website: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4491&Itemid=2
- Santos, F. P. dos, Malta, D. C., & Merhy, E. E. (2008). A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1463–1475. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500012>
- Santos, F. P. dos, & Merhy, E. E. (2006). A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(19), 25–41. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003>
- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma

- abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (85), 65–82.
<https://doi.org/10.4000/rccs.343>
- Silva, L. C. S., Kovalski, J. L., & Gaia, S. (2012). Qualidade em Serviços: uma análise teórica sobre as principais características. *Revista Gestão Industrial*, 7(4), 140–153.
<https://doi.org/10.3895/S1808-04482011000400007>
- Sousa, R. P. De, Matos, R. S. De, Cristina, S., Barros, L. De, Adnan, Z., & Queiroz, K. De. (2016). O Ombudsman e a Contribuição das Ouvidorias no Processo de Comunicação Organizacional das Empresas. *Leopoldianum*, 42(116–8), 35–54. Retrieved from
<https://periodicos.unisantos.br/leopoldianum/article/view/698>
- Souza Júnior, P. R. B. de, Szwarcwald, C. L., Damacena, G. N., Stopa, S. R., Vieira, M. L. F. P., de Almeida, W. da S., ... Macário, E. M. (2021). Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Ciencia e Saude Coletiva*, 26, 2529–2541.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43532020>
- Souza, R. C. (2010). *A ouvidoria como instrumento de avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
- Souza, U. A. D. E., & Cossentini, L. A. (2017). A MELHORA DA ASSISTÊNCIA AO CLIENTE POR MEIO DA GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 18(2010), 95–97. Retrieved from
https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170401_165801.pdf
- Terra, J. D. R. (2016). *A influência de programas e metodologias da qualidade aplicadas na área da saúde*. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Ventura, M. M. (2007). O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Rev SOCERJ*, 20(5), 383–386. Retrieved from
http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2º ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Zioldo, R. R., Gimenes, R. O., & Júnior, C. C. (2013). A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. *O Mundo Da Saúde*, 37(2), 216–220.
<https://doi.org/10.15343/0104-7809.2013372216220>

8. ANEXOS

ANEXO 1 – Indicadores IDSS – Ano Base 2020

Dimensão	Nome Fantasia	Indicador do Ano-Base 2020	Peso
Global	Selo de Qualidade	Programa de Operadora Acreditada - Pontuação Base no IDSS da OPS de acordo com o Nível de Acreditação obtido	Pontuação Base no IDSS: Nível I: 0,30 Nível II: 0,23 Nível III: 0,15
	Estímulo ao Parto Normal	1.1 - Proporção de Parto Cesáreo	3
	Atenção ao Pré-Natal	1.2 - Taxa de Consultas Pré-Natal	2
	Fratura em Idosos	1.3 - Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos	2
	Cuidado Integral da Criança até os 4 anos	1.4 - Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 anos	2
	Preventivo de Câncer de Colo do Útero	1.5 - Taxa de Citopatologia Cérvico-Vaginal Oncótica	2
	Cuidado ao Diabético	1.6 - Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada	3
	Prevenção da Cárie	1.7 - Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - CÁRIE	2
	Cuidados com a Gengiva	1.8 - Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - PERIODONTIA	2
	Cuidado Integral do Idoso	1.9 - Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para Idosos	3
	Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças dos Clientes	1.10 - Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças - Pontuação Base	Pontuação base de 0,10 na IDQS
	Participação do Plano de Saúde em Projetos de Qualidade	1.11 - Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS - Pontuação Base	Pontuação Base de até 0,30 na IDQS
	Adoção de remuneração que considere a qualidade para hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde	1.12 - Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor - Pontuação Base	Pontuação base de 0,10 na IDQS
	Renal Crônico	2.1 - Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	1
	Médico de Referência do Idoso	2.2 - Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos	2
	Acesso a Urgência e Emergência	2.3 - Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência	1
	Consulta com Dentista	2.4 - Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário	1
	Acesso ao Dentista	2.5 - Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica	1
	Qualidade de Hospitais	2.6 - Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo de Qualidade	1
	Qualidade de Laboratórios	2.7 - Frequência de Utilização de Rede de SADT com Atributo de Qualidade	1
	Acesso à Contratação Individual	2.8 - Índice de efetiva comercialização de planos individuais - Bônus	Bônus de até 10% sobre a IDGA
	Solidez do seu Plano de Saúde	3.1 - Índice de Capital Regulatório (ICR)	3
	Resolução de Queixas do Cliente	3.2 - Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar	2
	Reclamações Gerais do Cliente	3.3 - Índice Geral de Reclamações (IGR)	1
	Preço do Plano de Saúde	3.4 - Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos	1
	Satisfação do Cliente/Paciente	3.5 - Pesquisa de Satisfação do Beneficiário - Pontuação Base	Pontuação Base de 0,25 na IDSM
	Gestão Financeira Ativa	3.6 - Autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários - Bônus	Bônus de 10% sobre a IDSM
	Moderação de Reajustes	3.7 - Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos	0
	Qualidade dos Dados de Cadastro do Cliente	4.1 - Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB)	2
	Utilização do SUS por Cliente de Plano de Saúde	4.2 - Taxa de utilização do SUS	1
	Qualidade da Informação em Saúde Enviada para a ANS	4.3 - Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS)	2
	Relacionamento do Plano de Saúde com Hospitais, Laboratórios e Profissionais de Saúde	4.4 - Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde	1
	Qualidade dos Dados do Diagnóstico	4.5 Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS - Bônus	Bônus de 10% sobre a IDGR

Legenda

Dimensão	Nome	Nome Fantasia das Dimensões
IDQS	Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde	Qualidade da Assistência Médica Prestada
IDGA	Dimensão Garantia de Acesso	Qualidade e Acesso aos Hospitais, Laboratórios e Profissionais de Saúde
IDSM	Dimensão Sustentabilidade de Mercado	Satisfação do Cliente e Solidez do Plano de Saúde
IDGR	Dimensão Gestão de Processos e Regulação	Qualidade da Gestão Administrativa do Plano de Saúde

ANEXO 2 – Apresentação e Objetivos Gerais da Entrevista – *E-mail*

Assunto: Pesquisa de Mestrado – Regulação e Qualidade

Prezados (as) Srs. (as) Nome do Entrevistado

Meu nome é Jane Sousa, sou aluna do **Mestrado em Gestão e Negócios** da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho, situada em Braga, Portugal. Estou a desenvolver, com o apoio do meu orientador professor doutor José Antonio Crispim a pesquisa intitulada **“O Impacto da Regulação na Gestão da Qualidade nas Operadoras de Planos de Saúde no Brasil”**, com objetivo de identificar os processos utilizados pelas operadoras para atender a regulação e exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar, entender como as normas impostas pela ANS influenciam na gestão da qualidade e como estas impactam na qualidade da prestação dos serviços e ainda conhecer as expectativas das operadoras com relação à temática, regulação e qualidade.

Para o desenvolvimento do trabalho, realizarei entrevistas com representantes de operadoras de saúde, para obter informações acerca da temática, por isso solicito que responda o questionário em anexo.

Desde já agradeço imensamente sua contribuição e peço por gentileza de retornar-me num prazo ideal até dia XX/XX. Ressalto que todas as informações serão utilizadas estritamente para fins acadêmicos e garantimos o anonimato dos entrevistados/operadoras.

Coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos nos contatos abaixo.

Jane Sousa

Discente em Gestão e Negócios - Mestrado

(e-mail disponibilizado / n.º telemóvel disponibilizado)

ANEXO 3 – Roteiro da Entrevista

Pesquisa de Mestrado Gestão e Negócios

Identificação e Perfil do Respondente

Data:

1. Nome do Entrevistado
2. Qual sua formação acadêmica? Qual área?
3. Você tem alguma especialização em gestão ou em outras áreas?
4. Possui quanto tempo (anos) de experiência profissional na área?
5. Qual o seu vínculo com a empresa? (Contrato de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho/Prestador de Serviço)
6. Qual seu cargo atual? E o seu setor/departamento?
7. *E-mail* ou outro contacto:

Caracterização da Empresa

Nome		Nº de Beneficiários	
Registro na ANS		Classificação	
Sede/UF		Porte	
Possui rede própria?		Tipos de Planos	

1. Fale um pouco da atuação da operadora no mercado da saúde suplementar, incluindo as principais dificuldades enfrentadas nos últimos anos.

Objetivo 1: Identificar as atividades e processos utilizados pelas OPS para atender a regulação (RN 323, Ouvidoria; RN 386, PQSS (IDSS), RN 388 NIP, RN 452 Acreditação)

Grupo 1 – Atendimento as exigências ANS

2. Como funciona a estrutura da operadora para atender as exigências legais impostas pela ANS?

- () existe uma equipe dedicada
- () um setor específico
- () um sistema informático
- () realizado internamente
- () tem apoio de consultoria externa

Outras características: _____

3. Relativamente às normas abaixo como foi a implantação e quais os impactos (operacionais/financeiros/assistenciais) para a operadora?

- a) RN 323/13 – Ouvidoria
- b) RN 386/15 – Programa de Qualificação/IDSS
- c) RN 388/15 – NIP – Notificação de Intermediação Preliminar

4. Relativamente a RN 452/20, que dispõe sobre o programa de acreditação, foi avaliada a possibilidade da operadora em participar? Qual a sua opinião sobre essa normativa?

Objetivo 2: Entender como as normas da ANS influenciam as OPS na Gestão da Qualidade

Objetivo 3: Identificar a visão, conhecimento e expectativas das OPS em relação a ANS e a atual regulação

Grupo 2 – Relação Qualidade x Regulação ANS

5. Relativamente as normas abordadas anteriormente, acredita que trouxeram resultados efetivos em relação à melhoria da qualidade assistencial?

6. Como você avalia a atuação da ANS no mercado da saúde suplementar, relativamente aos incentivos e avaliação da qualidade no setor?

7. Como você avalia a qualidade dos serviços da saúde suplementar ofertado no Brasil? Em sua opinião quais seriam os aspectos que afetam (de forma positiva/negativa) a qualidade dos serviços da saúde suplementar?
8. Em sua opinião, quais são os principais desafios e oportunidades do setor para os próximos anos, para a sua empresa e para o mercado como um todo?

Objetivo 4: Identificar o impacto da gestão da qualidade na prestação dos serviços

Objetivo 5: Identificar as ferramentas e práticas utilizadas pelas OPS para a gestão da qualidade

Grupo 3 – Gestão da Qualidade

9. O que é do entendimento da operadora quando se fala em “qualidade da assistência prestada ao beneficiário”? De quem seria primariamente a responsabilidade sobre a qualidade da assistência a saúde prestada ao beneficiário: operadora ou o prestador?
 - () custo-benefício favorável ao beneficiário
 - () acesso à rede credenciada ampla
 - () produto: cobertura e benefícios
 - () ausência de negativas
 - () facilidades operacionais
 - () melhoria da condição de saúde do beneficiário
 - () outro: _____
10. Como a operadora faz a gestão da qualidade dos serviços prestados, existe uma sistemática de avaliação? De que forma é feita? Com qual periodicidade? Quais aspectos são avaliados?
11. Quais os ganhos que o uso de programas, metodologia(s) ou ferramenta(s) da qualidade traz para a operadora, tanto do ponto de vista assistencial quanto operacional?