



## **IMPORTÂNCIA DE INDICADORES DE DESEMPENHO: OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE**

***Autor: Maurílio Rodrigues Pimentel  
Orientador: Rock Kleyber Silva Brandão***

***Curso: Administração Período: ADM8 Área de Pesquisa: Gestão Estratégica***

**Resumo:** Este estudo tem como objetivo verificar e analisar os resultados dos indicadores de qualidade relacionados ao processo de certificação em acreditação de operadoras de planos de saúde em uma operadora de plano privado de saúde da cidade de Manhuaçu/MG. Pesquisou-se os indicadores mensurados pela operadora, o grau de importância que representam, além dos benefícios na coleta de dados. Justificou-se pela importância do assunto, e pela busca das operadoras em melhorar seus processos internos. E além de ser um processo de certificação específico e relativamente recente, e não identificados estudos neste assunto, uma análise em uma amostra ainda não pesquisada vem agregar às contribuições de outros trabalhos. Quanto aos aspectos metodológicos, esta pesquisa caracteriza-se como descritiva, com abordagem do tipo documental. Os dados foram coletados através de relatórios e consultas no sistema de gestão de qualidade da operadora e os resultados apontam que o processo de certificação está em crescente evolução no cenário nacional e que a operadora em estudo está bem direcionada em seus resultados de indicadores.

**Palavras-chave:** Certificação. Qualidade. Operadora de Plano de Saúde. Indicadores.

## 1. INTRODUÇÃO

O uso de indicadores de desempenho em uma operadora de plano de saúde certificada pela Resolução Normativa (RN) 277 ou que estejam em processo de certificação, tem por objetivo à mensuração e comprovação de sua adequação e eficiência em relação aos serviços por ela prestados, sempre tendo como os principais dados de coleta, os itens exigidos nas dimensões desta RN, podendo um indicador contemplar vários itens ou vice-versa, também sendo avaliados outros itens que a operadora julgar que sejam necessários acompanhamentos, e tomar suas decisões administrativas.

Os indicadores são estruturados de forma que seus dados de coleta, justificativas e ocorrências em determinado período sejam registrados em sistema de gestão da qualidade, de forma que seja possível ter controle e que a partir destes dados, sejam tomadas ações para um melhor resultado ou manutenção do índice alcançado e também como forma de registro e comprovação tanto de acompanhamento quanto de resultados obtidos.

A RN 277 de 04 de novembro de 2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) instituiu o programa de acreditação de operadoras de planos privados de assistência à saúde, incentivando a melhoria contínua na qualidade assistencial da saúde suplementar.

Esta RN consiste em 147 itens, sendo distribuídos em sete dimensões, objetivando avaliar cada item confrontando com as práticas adotadas pela operadora e também ampliar a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras com critérios de avaliação que possibilitem a identificação e solução de problemas com mais segurança, consistência e agilidade. No processo de acreditação a qualidade dos serviços colocados à disposição por uma determinada operadora será confrontada com padrões de qualidade preestabelecido. Contudo, a operadora é visitada e avaliada pelo comitê de uma entidade acreditadora homologada pela ANS, que fará análise e a avaliação de indicadores, emitindo um parecer em relação ao nível de conformidade encontrado nas avaliações.

Em relação à eficiência, tanto em gestão quanto em atendimento e satisfação dos consumidores, estes terão maior percepção a qualidade dos serviços prestados pela operadora de plano de saúde. Segundo Leandro Fonseca, Diretor Adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras, “a acreditação diminui algumas das imperfeições do mercado e permite que as operadoras conheçam melhor seu próprio negócio, identificando as soluções para os problemas com mais segurança e agilidade, além de possibilitar que os consumidores tenham uma melhor percepção das diferenças nos níveis de qualidade entre as operadoras”.

Segundo Maximiano (1995) a qualidade é um problema de todos e abrange todos os aspectos da operação da empresa, ou seja, a qualidade é uma questão sistêmica. Garantindo-se a qualidade do sistema, garante-se a qualidade dos produtos e serviços. Esta mudança de filosofia significa a evolução para a era da qualidade total.

Dessa forma, considerando que o processo de acreditação de operadoras é recente e que vem sendo a cada ano implantado por mais operadoras, identifica-se a necessidade de verificar a importância dos indicadores de desempenho em uma Operadora de Plano de Saúde (OPS) a fim de melhorar a gestão, a tomada de decisão e a obter de certificação em acreditação. Assim, o presente trabalho teve como objetivo principal verificar a importância de utilizar indicadores de desempenho

por uma Operadora de Plano de Saúde (OPS) localizada no leste mineiro, na cidade de Manhuaçu/MG.

Os resultados da pesquisa podem contribuir com a literatura existente, acrescentando mais informações sobre o assunto, além de colaborar também como fonte de informação para operadoras que poderão ter uma visão geral da aplicabilidade do processo de certificação.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1. Referencial Teórico**

A regulamentação da saúde suplementar no Brasil iniciou após a revolução industrial.

A forma de regulação do setor de saúde suplementar brasileiro é diferente em relação ao cenário internacional. No Brasil regula-se o produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde, enquanto que na maioria dos países a regulação é realizada a partir da atividade econômica em si.

A necessidade de regular o setor de saúde suplementar surgiu após mais de 30 anos de intervenções sem controle do governo. O consumidor era protegido pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC) através do Programa de Proteção e Defesa do Consumidor (Procon) estaduais e municipais. Muitos conflitos foram solucionados entre consumidores e operadoras de planos de saúde, porém a atuação desse órgão não foi suficiente para regular essa relação. Diante disso, foi necessária a intervenção do Estado para sanar e corrigir de forma que diminuísse as falhas das operadoras, como as exclusões de cobertura de atendimento e as mensalidades abusivas.

No artigo 196 da Constituição Federal (CF) de 1988 incluiu a saúde como dever do Estado, visando menor risco de doenças e outros agravos, através de políticas sociais e econômicas, de acordo com o artigo 196, e sendo a assistência à saúde livre para a iniciativa privada com participação de forma a complementar o sistema único de saúde, mediante contratos, também condicionando requisitos que facilitem transplantes de órgãos, tecidos e substâncias humanas, bem como a coleta e transfusões de sangue e seus derivados sem qualquer tipo de comercialização, conforme parágrafos do artigo 199 da mesma norma.

Em junho de 1998 foi decretada a Lei 9656 que dispõem sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e em seu artigo 1º decreta que as operadoras de planos privados de assistência à saúde, podendo ser qualquer tipo de empresa que tenha contratualização de garantia de coberturas financeiras de risco a assistência médica, hospitalar ou odontológica, estando elas subordinadas as normas e fiscalizações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Somente a partir da Lei 9656 de 1998, que o setor de saúde suplementar ganhou sustentação legal para ações de regulamentação. Em 2000, através da Lei 9961, é criada a ANS, vinculada ao Ministério da Saúde, como órgão de regulamentação, normatização, controle e fiscalização das atividades da assistência suplementar a saúde.

Segundo o procurador federal Leonardo Vizeu Figueiredo:

Ao estado, portanto, no que tange à seara econômica, é permitido atuar como agente normativo e regulador e, por meio dessas posições, exercer uma tríplice função: fiscalizadora, incentivadora e planejadora, a teor do que preceitua o art. 174 da CF:

Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma de lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para

o setor público e indicativo para o setor privado (FIGUEIREDO, 2006, p.55).

A partir de então a saúde suplementar no Brasil passa a obter uma grande desigualdade nos padrões de qualidade do setor de forma a comprometer a eficiência e efetividade do sistema no geral, atingindo as redes de cuidados básicos, especializados e hospitalares, que atendem aos beneficiários de planos de saúde.

### 2.1.1. Surgimento e entendimento de qualidade

O autor Rodrigues (2011) diz que antigamente, no tempo dos faraós no Egito foram localizados dois tipos de trabalhadores: uns realizavam as atividades, enquanto os outros fiscalizavam o que os primeiros haviam feito. Nessa época existia a Lei do Direito de Talião (Código de Hamurabi, rei babilônio em 1700 a.C.), contendo referências às características dos trabalhos e o castigo àqueles que não o realizavam de forma satisfatória.

Ainda nesse sentido, Marcus Vinicius Rodrigues descreve que:

No início do século XX, Frederick Taylor, por meio da administração científica, deu ênfase à conformidade dos processos e produtos. Ele apresentou a ideia de analisar e medir a forma como o trabalho era realizado, para torná-lo mais eficaz, por meio do estudo de tempos e movimentos. O conceito de Taylor de separação entre planejamento e execução das atividades foi implementado com sucesso pelo setor fabril, se estendendo para a área de serviços (RODRIGUES, 2011, p. 02).

Após a massificação e produção em série, na década de 1920, Walter A. Shewhart criou o conceito de PDCA (*plan, do, check e action*), posteriormente disseminado por William Edward Deming, método atualmente conhecido como Deming da Qualidade, sendo aplicado na melhoria contínua de processos de gestão. Este método significa *Plan*: planejar, *Do*: executar, *Check*: verificar ou checar e *Action*: agir.

Rodrigues (2011) ainda cita que depois de olharmos para a construção das pirâmides, a arquitetura de diversos povos antigos, o desenvolvimento de fórmulas matemáticas e outros eventos que marcaram a história, podemos identificar a busca pela qualidade. Mais que isso, o período histórico clássico pode ser caracterizado pela alta qualidade e padrões para artes em geral.

Segundo Rezende e Tachizawa (2000), o objetivo de toda organização é ter uma forte posição competitiva, que significa elevar as barreiras à entrada de novos competidores, engendrar um perfil de potencialidades maior e melhor do que o perfil dos seus concorrentes, tornar seu perfil compatível ou sinônimo de fatores-chave de sucesso do setor, ter um conjunto competente de estratégias competitivas inerentes, aumentar a integração ou o poder de barganha em relação aos fornecedores e intermediários e por último, ter uma alta participação no seu segmento de mercado.

Depois de 1945 surgiram nos Estados Unidos às primeiras associações de profissionais da área da qualidade, primeiro surge a *Society of Quality Engineers*, no ano seguinte, 1946, surge a *American Society for Quality Control* (ASQC).

Pouco tempo depois Armand Feigenbaum começa a tratar a qualidade de forma sistêmica nas organizações, e assim ele formula o *Total Quality Control* (TQC), o qual influenciou muito no modelo proposto pela *International Organization for Standardization* (ISO), a série ISO 9000.

Com a globalização, no ano de 1987 nasce o modelo normativo ISO para a área de Gestão da Qualidade, a série 9000, Sistemas de Garantia da Qualidade. Tal

norma melhorou as exportações de forma geral, assim como na cadeia produtiva a relação clientes e fornecedores pelo mundo inteiro. Com o acerto e melhoria nos processos internos fez com que diminuíssem as auditorias, passando a serem auditados por instituições credenciadas para este fim.

O Sistema ISO expandiu-se rapidamente, tornando-se obrigatório como requisito de muitas cadeias produtivas, como as indústrias automobilísticas.

Hoje em dia são utilizados os sistemas de Gestão da Qualidade nos padrões ISO, sofrendo adaptações de acordo com o segmento de negócio da empresa.

Com o objetivo de aumentar a qualidade dos serviços prestados, em 04 de novembro 2011, surge a Resolução Normativa (RN) 277, instituindo o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde com base na ISO 9001 – Gestão da Qualidade. Vale ressaltar que essa norma é um processo voluntário às operadoras, porém, aquelas que adotarem o modelo de gestão previsto na RN 277, através do cumprimento dos itens das dimensões, terão um diferencial na competitividade mercantil e com excelência de operação.

A RN 277/2011 foi criada como uma evolução de ações como o Índice de Reclamações, Programas de Qualificação das Operadoras, Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, a lista dos planos com comercialização suspensa pela ANS e o Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS). Tudo isso faz parte de uma ação da agência para incentivar a melhoria continuada na qualidade assistencial da saúde suplementar.

## **2.1.2. Indicadores**

Os indicadores são os meios para estabelecer o alcance dos objetivos das organizações de saúde. Donabedian (1993) indica sete atributos como pilares de qualidade em saúde. 1) Eficácia: a capacidade do cuidado, assumindo a forma mais perfeita de contribuir para a melhoria das condições de saúde. 2) Efetividade: o quanto que melhorias possíveis nas condições de saúde são de fato obtidas: 3) Eficiência: capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo possível. 4) Otimização: a mais favorável relação entre custos e benefícios. 5) Aceitabilidade: conformidade com as preferências do paciente no que concerne a acessibilidade, relação médico-paciente, as amenidades e o custo do cuidado prestado. 6) Legitimidade: conformidade com preferências sociais em relação a tudo mencionado acima. 7) Equidade: igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Em outras palavras, para Eddy (1993), indicadores de qualidade em saúde correspondem a critérios para a avaliação da qualidade da assistência à saúde a uma população, seja em termos de procedimentos específicos ou de uma rede de serviços. São exemplos de indicadores de qualidade em saúde: o número de profissionais de saúde a atender uma população; as condições de armazenamento de medicamentos em uma farmácia; o percentual de prescrições realizadas em um serviço de saúde e atendidas pela farmácia do próprio serviço; a sensibilidade (probabilidade de o exame diagnosticar a doença se o indivíduo tem a doença) e a especificidade (probabilidade do exame ser negativo se o indivíduo não tem a doença) de um exame diagnóstico.

Mensurar a qualidade dos serviços de saúde serve para o planejamento da organização, avaliação e controle das atividades desenvolvidas. Poder avaliar a qualidade e quantidade em serviços de saúde é importante para o processo de planejamento de novas ações que serão desenvolvidas. Olímpio J. Nogueira V.

Bittar relata com bastante clareza no seu artigo Indicadores de Qualidade e Quantidade em Saúde, assim expondo:

As comparações entre metas, fatos, dados, informações, a criação de parâmetros, internos e externos, são peças fundamentais para o conhecimento das mudanças ocorridas em uma instituição, áreas ou subáreas, técnica esta conhecida como benchmarking (BITTAR, 2001, p.22).

No boletim da *The Joint Commission* (1989) explica que indicador é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte.

A qualidade não se é medida diretamente por um indicador, mas sim por vários resultados em uma operadora de plano de saúde, por este motivo devem ser sempre revisados.

### **2.1.3. Indicadores da qualidade**

Indicadores medem aspectos qualitativos e/ ou quantitativos, relacionados ao meio ambiente, estruturados por Bittar (1997), meio ambientes são as condições de saúde, fatores demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais, econômicos, políticos, legais e tecnológicos, com existência ou não de instituições de saúde, processo e resultados. Sendo eles definidos conforme estrutura e a parte física da instituição. Processos são as ações de cuidados realizadas para cada paciente, diretamente relacionados a um resultado, como atividades de infraestrutura, a fim de alcançar seus resultados. Resultados são demonstrações da combinação de fatores do meio ambiente, estrutura e processos acontecidos ao paciente depois que algo é feito (ou não) a ele, ou efeitos de operações técnicas e administrativas entre as áreas e subáreas de uma instituição.

*The Joint Commission* (1989) define os atributos necessários para os indicadores, sendo eles validade: o grau no qual o indicador cumpre o propósito de identificação de situações nas quais as qualidades dos cuidados devem ser melhoradas; sensibilidade: o grau no qual o indicador é capaz de identificar todos casos de cuidados nos quais existem problemas na atual qualidade dos cuidados; especificidade: o grau no qual o indicador é capaz de identificar somente aqueles casos nos quais existem problemas na qualidade atual dos cuidados; simplicidade: quanto mais simples de buscar, calcular e analisar, maiores são as chances e oportunidades de utilização; objetividade: todo indicador deve ter um objetivo claro, aumentando a fidedignidade do que se busca e baixo custo: indicadores cujo valor financeiro é alto inviabilizam sua utilização rotineira, sendo deixados de lado.

### **2.1.4. Requisitos da Resolução Normativa 277 – Acreditação de operados de plano de saúde (OPS)**

O anexo I da RN 277 de 04 novembro de 2011 possui os requisitos de cumprimento para obter a certificação em acreditação de OPS. A norma possui sete dimensões com 147 requisitos, conforme a seguir:

TABELA 1 – Dimensões da RN 277

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

Fonte: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), 2017.

#### 2.1.4.1. Dimensão 1 – Programa de Melhoria da Qualidade

A Dimensão 1 da RN 277/2011 visa o fortalecimento do sistema integrado de gestão por meio da incorporação dos 147 requisitos da acreditação, tendo como cumprimento a formalização dos processos devido aos requisitos que solicitam procedimento documentado. Para atendimento de um dos itens dessa dimensão é obrigatório a designação formal de médico participante do Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ) com planejamento e execução das atividades baseado plano anual de trabalho a curto, médio e longo prazo.

#### 2.1.4.2. Dimensão 2 – Dinâmica da Qualidade e Desempenho da Rede Prestadora

A Dimensão 2 abrange o ganho de expertise para o processo de avaliação de qualificação do prestador, incluindo o planejamento e cobertura das visitas aos serviços de saúde contratualizados; a implantação da auditoria pré-hospitalar; incorporação de incentivos para melhoria constante da qualidade dos arquivos médicos mantidos pela rede prestadora; fortalecimento das práticas para desenvolvimento da qualidade da rede prestadora com foco na segurança do paciente e visitas de *follow up* para acompanhamento dos planos de ação.

#### 2.1.4.3. Dimensão 3 – Suficiência de Rede, Acesso e Autorizações

A Dimensão 3 cobra maior integração dos processos para tratamento dos obstáculos ao acesso dos beneficiários à rede prestadora; melhoria nas ferramentas utilizadas para análise de suficiência de rede na atenção primária, atenção especializada, urgência e emergência.

#### 2.1.4.4. Dimensão 4 – Satisfação dos Beneficiários

A Dimensão 4 é acerca da satisfação dos beneficiários em que se faz necessário a seleção da população alvo com base nas reclamações e solicitações

dos beneficiários; incorporando na avaliação a facilidade para marcação de consultas e exames e a satisfação com relação aos canais de atendimento.

#### **2.1.4.5. Dimensão 5 – Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde**

A Dimensão 5 preza pelo avanço na gestão dos programas de prevenção e promoção da saúde por meio do estabelecimento de indicadores e pesquisa de satisfação do beneficiário. O foco é o beneficiário fortalecido por meio do aprimoramento da relação dos programas.

#### **2.1.4.6. Dimensão 6 – Estrutura e Operação**




A Dimensão 6 aborda a revisão do processo para divulgação de alterações da lista de prestadores dos serviços de saúde. Ganhando de agilidade e clareza. Estabelecimentos de política documentada referente à segurança e a proteção da confidencialidade das informações clínicas dos beneficiários.

#### **2.1.4.7. Dimensão 7 – Gestão**

A Dimensão 7 é sobre as gestões: gestão de pessoas e liderança (com avaliação de satisfação do colaborador em relação aos programas de qualidade de vida no trabalho), gestão da tecnologia, gestão estratégica, gestão das parcerias e terceirizações com a melhoria nos contratos com as empresas, inserindo cláusula para garantia de confidencialidade inclusive em caso de rescisão.

#### **2.1.5. Nível de acreditação**

As operadoras são avaliadas por entidades de acreditação homologadas pela ANS e a partir de março de 2013, obrigatoriamente habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO). As avaliações são classificadas em 3 níveis, sendo eles relacionados no quadro abaixo:

TABELA 2 – Níveis de acreditação			
	Nível	Pontuação	Validade
	Nível I	Entre 90 (noventa) e 100 (cem) pontos	Entre 3 (três) e 4 (quatro) anos
	Nível II	Entre 80 (oitenta) e 89 (oitenta e nove) pontos	Entre 2 (dois) e 3 (três) anos
	Nível III	Entre 70 (setenta) e 79 (setenta e nove) pontos	Entre 2 (dois) e 3 (três) anos

Fonte: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), 2017.



## **2.2. Metodologia**

O estudo caracterizou-se pelo uso da disciplina de gestão estratégica, sendo utilizada a pesquisa descritiva, que conforme Gil (2008) tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, tais como o questionário e a observação sistemática.

O procedimento de coleta de dados foi o documental que conforme Gil (2008) destaca como principal diferença da coleta bibliográfica a natureza das fontes de pesquisa. A bibliográfica utiliza contribuições de vários autores sobre o assunto e já a documental baseia-se em materiais que não foram analisados ou que podem ser reelaborados de acordo com o objetivo da pesquisa.

Neste tipo de pesquisa, podem existir duas fontes, as fontes de primeira mão e fontes de segunda mão, Gil (2008) define os documentos que não recebem qualquer tipo de tratamento analítico como fontes de primeira mão, como: reportagens de jornal, documentos oficiais, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações, etc. Já os documentos de segunda mão são os documentos que de alguma forma, foram analisados, como: relatórios de empresas, relatórios de pesquisa, tabelas estatísticas, entre outros.

A pesquisa foi realizada em uma operadora de plano de saúde, localizada no leste mineiro, na cidade de Manhuaçu/MG. Os dados analisados foram extraídos do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) da empresa, através de análise de relatórios e consultas no SGQ, sendo a amostra intencional que conforme Prodanov (2013) é constituída por um tipo de amostragem não probabilística.

Destaca-se ainda que foi selecionado um grupo ou subgrupo da população, requerendo conhecimento da população ou subgrupo selecionado. Consistindo em realizar a observação participante, que para Prodanov (2013) o observador de certa forma assume pelos menos parte até certo ponto, o papel de um membro do grupo, por ter conhecimento da situação determinada na pesquisa. Foram analisados os resultados dos indicadores entre o período de janeiro a setembro de 2016 e comparados com os dados do período de janeiro a setembro de 2017.

## **2.3. Discussão de Resultados**

Os dados e as informações obtidas para a realização da pesquisa serão mantidos em sigilo. O autor compromete-se: 1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros; 2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso; 3. A não se apropriar de material confidencial e/ou sigiloso da qualidade que venha a ser disponível; 4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Os indicadores analisados nos períodos, que estão diretamente relacionados a RN 277/2011 são os relacionados na tabela abaixo, sendo relacionados em ordem alfabética:

TABELA 3 – Relação de indicadores relacionados à RN 277

2016		2017	
CÓDIGO	NOME	CÓDIGO	NOME
92605	ACOMPANHAMENTO DO PLANO ANUAL DE TRABALHO DO GPMQ – CQP	63306	ADESÃO AO CRONOGRAMA DE EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS – GEP
63306	ADESÃO AO CRONOGRAMA DE EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS – GEP	63329	PERCENTUAL DE PERMANÊNCIA APÓS PERÍODO DE EXPERIÊNCIA GLOBAL – GEP
66364	ADESÃO ÀS ATIVIDADES PROPOSTAS PELA QUALIDADE GLOBAL - CQP	63503	DOCUMENTOS DOS COOPERADOS ATUALIZADOS (EXCETO INATIVOS) – SEC
66921	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – ATF	64188	PERCENTUAL DE PACIENTES COM PERFIL DE RISCO CONHECIDO COM DIABETES MELLITUS (DM) PAC – CPS
63503	DOCUMENTOS DOS COOPERADOS ATUALIZADOS (EXCETO INATIVOS) - SEC	66364	ADESÃO ÀS ATIVIDADES PROPOSTAS PELA QUALIDADE GLOBAL – CQP
70754	ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO – DEP	66921	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – ATF
74112	ÍNDICE DE ACIDENTES DE TRABALHO GLOBAL - GEP	68374	TAXA MENSAL DE INFECÇÃO DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA PGCE – CPS
91028	PE - % DE COOPERADOS COM DOCUMENTAÇÃO CADASTRAL COMPLETA – SEC	69839	PERCENTUAL DE PACIENTES DO PGCE QUE SOFRERAM QUEDA NO PERÍODO – CPS
91014	PE - % DE CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO DA REDE - AUD	69840	PERCENTUAL DE PACIENTES DO PGCE COM ULCERA DE PRESSÃO NO PERÍODO – CPS
91013	PE - % DE PRESTADORES COM DOCUMENTAÇÃO CADASTRAL COMPLETA – AUD	69842	PERCENTUAL DE PCTES COM PERFIL DE RISCO CONHECIDO DIABÉTICOS COM GLICEMIA DE JEJUM CONTROLADA EM SEIS MESES (PAC) – CPS

91462	PE - % DE RETENÇÃO DE BENEFICIÁRIOS – REC	69843	PERCENTUAL DE PCTES DO PAC COM PERFIL DE RISCO CONHECIDO COM CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL (CA) ACIMA DA FAIXA – CPS
83846	PE - HORAS DE TREINAMENTO POR COLABORADOR – GEP	69845	PERCENTUAL DE PACIENTES INSCRITOS NO PGCE DESNUTRIDOS COM PRÉ-ALBUMINA $\leq$ 20 MG/DL – CPS
87076	PERCENTUAL DE ATENDIMENTO EM ATÉ 72H DA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO - (3.3.3) RN 277 – ATN	70301	REMOÇÕES REALIZADAS – REM
87531	PERCENTUAL DE DADOS ATUALIZADOS DE BENEFICIÁRIOS – CAD	70745	TURNOVER (ÍNDICE DE ROTATIVIDADE) – DEP
83845	PERCENTUAL DE FUNCIONÁRIOS CAPACITADOS ACIMA DE 70% NA AVALIAÇÃO - GLOBAL – GEP	70754	ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO – DEP
88187	PERCENTUAL DE PACIENTES ASSISTIDOS NO PGCE COM IMC < 22 – CPS	74112	ÍNDICE DE ACIDENTES DE TRABALHO GLOBAL – GEP
64188	PERCENTUAL DE PACIENTES COM PERFIL DE RISCO CONHECIDO COM DIABETES MELLITUS (DM) PAC - CPS	76478	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS – GEP
69840	PERCENTUAL DE PACIENTES DO PGCE COM ULCERA DE PRESSÃO NO PERÍODO – CPS	83845	PERCENTUAL DE FUNCIONÁRIOS CAPACITADOS ACIMA DE 70% NA AVALIAÇÃO - GLOBAL – GEP
69839	PERCENTUAL DE PACIENTES DO PGCE QUE SOFRERAM QUEDA NO PERÍODO - CPS	83846	PE - HORAS DE TREINAMENTO POR COLABORADOR – GEP
87690	PERCENTUAL DE PACIENTES DO PGCE QUE SOFRERAM QUEDA NO PERÍODO COM REPERCUSSÃO (TCE OU FRATURA DE FÊMUR) - CPS	86439	ADESÃO AO CRONOGRAMA DE APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE CRÍTICA DA ALTA DIREÇÃO - CQP

69845	PERCENTUAL DE PACIENTES INSCRITOS NO PGCE DESNUTRIDOS COM PRÉ-ALBUMINA $\leq$ 20 MG/DL - CPS	87076	PERCENTUAL DE ATENDIMENTO EM ATÉ 72H DA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO - (3.3.3) RN 277 – ATN
69842	PERCENTUAL DE PCTES COM PERFIL DE RISCO CONHECIDO DIABÉTICOS COM GLICEMIA DE JEJUM CONTROLADA EM SEIS MESES (PAC) – CPS	87246	ÍNDICE DE QUALIDADE DA REDE PRESTADORA – AUD
69843	PERCENTUAL DE PCTES DO PAC COM PERFIL DE RISCO CONHECIDO COM CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL (CA) ACIMA DA FAIXA – CPS	87531	PERCENTUAL DE DADOS ATUALIZADOS DE BENEFICIÁRIOS – CAD
88305	PERCENTUAL DE PERMANÊNCIA APÓS PERÍODO DE EXPERIÊNCIA 45 DIAS – GEP	87690	PERCENTUAL DE PACIENTES DO PGCE QUE SOFRERAM QUEDA NO PERÍODO COM REPERCUSSÃO (TCE OU FRATURA DE FÊMUR) – CPS
63329	PERCENTUAL DE PERMANÊNCIA APÓS PERÍODO DE EXPERIÊNCIA GLOBAL – GEP	87767	ÍNDICE DE CONFORMIDADE NAS AUDITORIAS INTERNAS – CQP
87806	PROPORÇÃO DE COLABORADORES TREINADOS – GEP	87806	PROPORÇÃO DE COLABORADORES TREINADOS – GEP
70301	REMOÇÕES REALIZADAS – REM	88187	PERCENTUAL DE PACIENTES ASSISTIDOS NO PGCE COM IMC $<$ 22 – CPS
68374	TAXA MENSAL DE INFECÇÃO DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA PGCE – CPS	88305	PERCENTUAL DE PERMANÊNCIA APÓS PERÍODO DE EXPERIÊNCIA 45 DIAS – GEP
70745	TURNOVER (ÍNDICE DE ROTATIVIDADE) - DEP	91013	PE - % DE PRESTADORES COM DOCUMENTAÇÃO CADASTRAL COMPLETA – AUD
		91014	PE - % DE CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO DA REDE – AUD
		91028	PE - % DE COOPERADOS COM DOCUMENTAÇÃO CADASTRAL COMPLETA – SEC

91462	PE - % DE RETENÇÃO DE BENEFICIÁRIOS – REC
92605	ACOMPANHAMENTO DO PLANO ANUAL DE TRABALHO DO GPMQ – CQP
96727	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES COM O PROGRAMA DE QUALIDADE DE VIDA – GEP

Fonte: Elaborada pelo autor.

Foram identificados registro de indicadores com análises mensais, trimestrais, semestrais e anuais. Suas análises são registradas no Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), denominado de SigQuali, para posterior apresentação a Alta Direção da empresa e tomadas de decisão.

No SGQ da empresa, no período de 01/2016 a 09/2016, chamaremos de 2016, haviam 172 indicadores de qualidade registrados, sendo 29 diretamente relacionados às sete dimensões da RN 277/2011. Já em 01/2017 a 09/2017, chamaremos de 2017, são também 172 indicadores, porém 34 relacionados à RN 277/2011. Nos registros destes indicadores foram identificados, itens com registros de periodicidade mensal, bimestral, trimestral e semestral, em ambos os períodos de análise. Abaixo tabela com a distribuição total dos indicadores em metas alcançadas, metas não alcançadas e de monitoramento:

**TABELA 4 – Resultados indicadores**

<b>Meta Alcançada</b>	<b>Período</b>	
	<b>2016</b>	<b>2017</b>
NÃO	22,84%	23,72%
SIM	77,16%	76,28%
MONITORAMENTO	0,00%	0,37%

Fonte: Elaborada pelo autor.

Foram identificados que no período de 2016, 77,16% dos indicadores analisados tiveram meta alcançada, sendo que a fins de comparação, o mínimo para se atingir as conformidades da RN 277/2017 é de 70%, conforme TABELA 2, coluna Pontuação. Para o período 2017, 76,28% tiveram meta alcançada e 0,37% foi registrado a título de monitoramento de dados, para que quando mensurado e analisado um período maior, este tenha um parâmetro para definição de um valor de meta para acompanhamento e gestão da alta direção da empresa. Houve uma pequena redução em alcance de metas de 0,88%, porém conforme tabela abaixo houve melhora quando analisado o resultado geral com a média de todos indicadores registrados incluindo os relacionados a RN 277 e os de acompanhamento setorial em ambos os períodos:

TABELA 5 – Resultados indicadores média % resultado indicadores geral

<b>Período</b>	<b>Resultado %</b>
2016	112,15%
2017	121,79%

Fonte: Elaborada pelo autor.

Levando em consideração que estamos analisando uma operadora de plano de saúde, conforme consulta aos Dados do Caderno de Informações da Saúde Suplementar, que é uma planilha em formato *excel*, atualizada trimestralmente, contendo séries históricas e análises de dados do setor representadas em gráficos e tabelas, disponibilizado pela ANS, abaixo uma tabela relacionando a quantidade operadoras de planos privados de saúde no Brasil e suas classificações:

TABELA 6 – Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil – março/2017)

<b>Período</b>	<b>Médico-hospitalares em atividade</b>	<b>Exclusivamente odontológicas em atividade</b>
Mar/17	920	370

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar/ANS - junho/2017.

No cenário atual, há registradas junto a ANS 1.290 operadoras de planos privados de saúde em atividade, sendo 920 operadoras médico-hospitalares e 370 operadoras exclusivamente odontológicas. Tendo certificação da RN 277 somente 28 operadoras, conforme tabela abaixo, sendo apresentadas as quantidades e respectivos anos de certificação:

TABELA 7 – Operadoras Certificadas RN 277

<b>Período</b>	<b>Quantidade de Operadoras Certificadas</b>
2014	1
2015	3
2016	10
2017	14
Total	28

Fonte: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), 2017.

### 3. CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo verificar os resultados dos indicadores de qualidade de uma operadora de plano de saúde da cidade de Manhuaçu-MG, em um cenário que processo de certificação de operadoras no Brasil é recente, sendo

iniciado em 2011, tendo somente em 2014 a primeira operadora certificada, em 2015 três operadoras, em 2016 dez operadoras, sendo que uma destas operadoras é a empresa em análise, que foi certificada em 21/11/2016 e em 2017 há quatorze operadoras certificadas, conforme consulta no site da Agência Nacional de Saúde em 30/10/2017 haviam um total de 28 operadoras certificadas pelo RN 277/2011, num cenário de 920 operadoras médico-hospitalares, apenas 0,0304% das operadoras são certificadas, se forem consideradas as operadoras médico-hospitalares e exclusivamente odontológicas, este resultado de operadoras acreditadas cai para 0,0217%, pois são mais 370 operadoras exclusivamente odontológicas, voltadas a atenção a saúde bucal.

O baixo índice de operadoras certificadas pode ser levado em conta pelo grande investimento que é necessário para a certificação, os custos na operadora em análise chegaram próximos aos R\$ 200.000,00, levando em conta somente pagamentos realizados a consultoria específica para certificação da RN 277 e custos relacionados à certificação, como o da empresa certificadora, que fica por conta da empresa em avaliação. Não são todas as empresas que dispõem deste montante, e também por não ser uma certificação obrigatória, acaba não sendo atrativo do ponto de vista gerencial. Seguindo o pensamento Chiavenato (2004, p.8): “Toda organização precisa ser administrada para alcançar objetivos com a maior eficiência, economia de ação e recursos, e ser competitiva.” Com esta certificação, a operadora em análise tornou-se diferenciada num mercado de grande representatividade, só o faturamento das operadoras médico-hospitalares chegou a R\$ 158,3 bilhões em 2016, conforme TABNET de março de 2017 da ANS.

Desta forma, neste estudo identificamos que em comparação a resultado de metas dos indicadores relacionados a RN 277, houve uma queda de 0,88%, porém em 2017 há um número maior de indicadores de qualidade, que representa um aumento de 17,24% em número geral de indicadores, assim, entendemos que este resultado de 76,28% manterá a certificação da operadora, uma vez que a pontuação mínima exigida é de 70 pontos, haja vista que anualmente deverá ser auditada por uma das empresas certificadoras homologadas pela ANS.

As limitações desta pesquisa foram à falta de bibliografias referente ao processo de certificação da RN 277, por se um processo relativamente novo, também pela seleção de uma amostra e por método intencional.

Sugere-se para pesquisas futuras ampliar a amostra, a fim de comparação dos resultados. Poderá ser verificada também a comparação por tipo de operadora, seja médico-hospitalar ou exclusivamente odontológica.

#### 4. REFERÊNCIAS

- BITTAR, O.J.N.V. **Hospital: qualidade & produtividade**. São Paulo: Sarvier, 1997.
- BITTAR, O.J.N.V. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde**. RAS 2001; 3(12): 22.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 30 set. 2017.
- BRASIL. Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998. **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9656compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm)>. Acesso em: 30 set. 2017.
- BRASIL. Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000. **Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm)>. Acesso em: 01 out. 2017.
- BRASIL. **Resolução Normativa 277**. Institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTg3Nw==>>. Acesso em: 30 set. 2017.
- CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações: edição compacta**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- DONABEDIAN, A. **Seminar on quality assessment and assurance**. PROAHSA, São Paulo, 1993, Vol. I e II.
- EDDY, D.M., **Assessing Health Practices & Designing Practice Policies: The Explicit Approach**. Philadelphia, PA: American College of Physicians, 1992.
- FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar: manual jurídico de planos e seguros de saúde**. São Paulo: MP Ed., 2006.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Characteristics of clinical indicators*. QRB Qual Rev Bul. 1989; 15(11):330-9.
- MAXIMIANO, Antônio Cesar Amaru. **Introdução à administração**, 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho de pesquisa (recurso eletrônico): métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico**, 2ª Ed. Novo Hamburgo: FEEVALE, 2013.



RODRIGUES, Marcus Vinicius. **Qualidade e acreditação em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.

TACHIZAWA, T. e REZENDE, W. **Estratégia Empresarial: Tendências e Desafios** - um enfoque na realidade brasileira. São Paulo: Makron Books, 2000.