

Auditoria de avaliação dos serviços de saúde no processo de credenciamento

Evaluation auditing of the quality of health care in accreditation of health facilities

Chennyfer da Rosa Paino Paim¹
Paola Zucchi²

Abstract *This article shows how many health insurance companies operating in the Greater São Paulo have been performing auditing of the quality of their health care services, professionals, and which criteria are being employed to do so. Because of the legislation decreeing that health insurance companies have legal co-responsibility for the health care services and National Health Agency control the health services National Health Agency, auditing evaluations have been implemented since then. The survey was based on electronic forms e-mailed to all health insurance companies operating in the Greater São Paulo. The sample consisted of 125 health insurance companies; 29 confirmed that had monitoring and evaluation processes; 26 performed auditing of their services regularly; from those, 20 used some type of form or protocol for technical visits; all evaluation physical and administrative structure and 22 included functional structure. Regarding the professionals audited 21 were nurses, 13 administrative assistants; 04 managers and 02 doctors. Regarding criteria for accreditation the following were highlighted: region analysis (96%), localization (88,88%) and cost (36%). We conclude that this type of auditing evaluation is rather innovative and is being gradually implemented by the health insurance companies, but is not a systematic process.*

Key words *Health services evaluation, Accreditation of health facilities, Quality of health care*

Resumo *Este artigo mostra quantas operadoras de planos de saúde, na região metropolitana de São Paulo, fazem auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, quais os requisitos avaliados e qual profissional e critérios para a realização da auditoria. Conforme legislação, a operadora é corresponsável pela assistência oferecida aos seus usuários e a Agência Nacional de Saúde controla os serviços credenciados; sendo assim, a auditoria de avaliação dos serviços vem sendo implementada. Realizada pesquisa por meio de formulário eletrônico, encaminhado a todas as operadoras de saúde da região metropolitana de São Paulo. A amostra constituiu-se de 125 operadoras; 29 afirmaram ter processo de monitoramento e avaliação e, dessas, 26 fazem a visita de avaliação; vinte dispõem de formulário/roteiro de inspeção; dos requisitos, todas avaliam estrutura física e administrativa, 22 funcional; dos profissionais que auditam: 21 enfermeiros; treze administrativos; quatro administradores e dois são médicos; dos critérios de credenciamento, destacaram-se análise da região (96%), localização (88,88%) e preço (36%). Concluímos que essa auditoria é nova e está sendo implementada nas operadoras, não sendo um processo sistematizado.*

Palavras-chave *Avaliação de serviços de saúde, Credenciamento de instituições de saúde, Qualidade da assistência à saúde*

¹ Centro Universitário Sant Anna. Rua Voluntários da Pátria 257, Santana. 02011-000 São Paulo SP. chennyferpaim@uol.com.br

² Centro de Economia da Saúde, Universidade Federal de São Paulo.

Introdução

A iniciativa para a realização deste trabalho surgiu pelo interesse em identificar se as operadoras de planos de saúde da região metropolitana de São Paulo (RMSP), que dispõem de setor de credenciamento, incluem dentro do processo de credenciamento dos serviços em saúde a auditoria de avaliação da qualidade dos prestadores a credenciar e credenciados, e qual a metodologia utilizada para esse tipo de avaliação, como são estruturadas as visitas técnicas, quem é o profissional que faz e qual a importância da visita na decisão de credenciar ou não o serviço. Outro fator que motivou a pesquisa é o fato de não existirem estudos detalhados sobre esse tema e ainda não haver diretrizes definidas para credenciamento, pelo programa de qualificação da Agência Nacional de Saúde (ANS), podendo esse trabalho contribuir de certa forma para a revisão do programa.

A Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998¹, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, aplica a corresponsabilidade das operadoras de planos de saúde sobre a assistência fornecida para os seus usuários (responde solidariamente pelos erros médicos e dos demais profissionais da assistência médica, bem como por condições inadequadas de atendimento pela rede prestadora de serviços). No artigo 8º, impõe que todas as operadoras de planos de saúde devem ter a descrição pormenorizada das instalações, equipamentos e recursos humanos dos serviços de saúde, sejam próprios ou terceirizados, oferecidos aos seus usuários; sendo assim, faz-se necessário conhecer a rede prestadora de serviços, qualificando-a tecnicamente e administrativamente. Existem vários pontos fundamentais discutidos nessa legislação, sendo que, além dessa corresponsabilidade, estabelece limites para o descredenciamento de hospitais, laboratórios e clínicas de saúde, ou seja, ao credenciar um serviço, a operadora deve registrar o prestador na Agência Nacional de Saúde (ANS) e, para descredenciá-lo, deve solicitar autorização para a agência, justificando qual é o motivo do descredenciamento. No caso dos hospitais, deverá ter um serviço substituto na mesma região, com as mesmas características de estrutura física (incluindo número de leitos) e tipo de atendimento. Com essa nova legislação, as operadoras passaram a sofrer, além do controle da atividade econômica, o controle da prestação do serviço.

Em 2000, a Lei nº 9.961² criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), definindo a

sua natureza, finalidade, atribuições, receita, estrutura e vinculação ao Ministério da Saúde. Dentre os principais objetivos da agência, cabe ressaltar: estabelecer regras claras e estáveis para a prestação, por parte de empresas privadas, de serviços públicos de saúde suplementar; fiscalizar a correta prestação desses serviços; buscar a mediação entre os interesses do Estado, do usuário e das empresas privadas nesse setor. Em decorrência dessas atribuições, a agência passou a ter autonomia administrativa e financeira, evitando, com isso, que tanto o Estado quanto as empresas privadas venham a agir de forma que seus interesses prevaleçam sobre os do usuário. Por isso, a ANS passou a ocupar, no cenário nacional, papel de destaque na medida em que as ações reguladora e fiscalizadora afiançam tanto as empresas do setor privado (operadoras de planos de saúde), como usuários, sendo que a política e as regras na área de saúde suplementar não fossem alteradas quando houvesse mudança de governo. A lei foi alterada por Medidas Provisórias, sendo que a Lei nº 11.292³ veio para dar outras providências. A Agência Nacional de Saúde tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Ela regula a cobertura assistencial e condições de acesso; condições de ingresso, operação e saída do setor; o preço de comercialização dos planos; fiscaliza diretamente e indiretamente a efetividade da regulação e faz o ressarcimento ao SUS⁴.

Com tudo isso, as operadoras de planos de saúde passaram a buscar ferramentas que atendessem a essa regulamentação; dentre essas ferramentas, inclui-se a auditoria de avaliação da qualidade dos serviços credenciados, identificando as condições de funcionamento e qualidade da assistência fornecida aos seus usuários.

Objetivos

Dentre os objetivos deste estudo, encontram-se identificar se o setor de credenciamento das operadoras de planos de saúde realiza auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, verificar quais os requisitos que fazem parte do processo de auditoria técnica de avaliação da qualidade das operadoras de planos de saúde, verificar qual é o profissional que realiza as visitas técnicas de qualidade e verificar se existe

quais são os critérios para que o prestador seja submetido à vistoria técnica.

Aspectos metodológicos

Este trabalho se constitui numa pesquisa exploratória, quantitativa e de campo, realizada através de formulário estruturado com perguntas fechadas, enviado às operadoras de planos de saúde da região metropolitana de São Paulo (RMSP). Tomando como base os dados do Censo de 2005 (realizado pelo IBGE⁵), a RMSP reúne 39 municípios do Estado de São Paulo, sendo eles: Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Cajamar, Caieiras, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapevi, Itaquaquecetuba, Itapetecica da Serra, Jandira, Jquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista. Sendo assim, todas as operadoras que tinham seu endereço registrado na lista da Agência Nacional de Saúde⁶ em qualquer uma dessas regiões foram incluídas na pesquisa. Os endereços eletrônicos e telefones foram identificados pela lista de operadoras com registro que se encontra disponível no site da ANS. Após a identificação dos prestadores, foram excluídas as operadoras que se enquadram no critério de exclusão desse estudo; na sequência, foi realizado um contato telefônico para a identificação do gestor responsável e coleta do endereço eletrônico para envio do questionário e termo de consentimento, especificando o intuito da pesquisa. Foi solicitado a cada participante da pesquisa que assinasse o termo de consentimento livre e esclarecido e enviasse assinado via fax ou escaneado através de e-mail eletrônico.

O período estabelecido para a coleta dos dados foi de julho 2006 à fevereiro de 2007.

O universo do estudo foi constituído por todas as operadoras de planos de saúde da região metropolitana de São Paulo, que estavam na lista de registro da Agência Nacional de Saúde acessada pelo site em abril de 2006. Os critérios de exclusão foram as operadoras que, além de planos de saúde, administram planos odontológicos; as operadoras exclusivas de planos odontológicos; as operadoras que não dispunham do setor de credenciamento, as operadoras registra-

das como administrativas e as operadoras inativas ou canceladas segundo o registro da ANS.

As respostas foram contadas para chegar-se à frequência em números absolutos e também convertida em porcentagens. Os resultados foram tabulados em planilhas eletrônicas (Excel), para melhor visualização das respostas.

Para o tratamento quantitativo, foi utilizado um processo informatizado para gerar banco de dados, com quadros, tabelas, gráficos e cálculos de somatório, porcentagem, para melhor visualização, comparação e análise dos dados levantados em pesquisa de campo.

Resultados

Na lista de registro, foram classificadas 213 operadoras. No decorrer da pesquisa, foi identificado que dez eram apenas administradoras, treze estavam com o número cancelado, dezoito eram inválidas, três eram do estado de Minas Gerais (critério de exclusão), oito administravam planos odontológicos (critério de exclusão), três, os telefones não foram identificados, uma foi vendida, permanecendo seu registro aberto, e três cooperativas não dispunham do setor de credenciamento, utilizando a rede credenciada de outra cooperativa. Portanto, a amostra constituiu-se de 154 operadoras de planos de saúde. Do total real da amostra, 29 operadoras não quiseram participar; logo, o total final da amostra foi de 125 operadoras.

Considerando a classificação estabelecida pela ANS, observou-se que das 125 estudadas, 69,6% (87) eram medicina de grupo, 21,6% (27) autogestão, 4,8% (seis) classificadas com seguradora, 2,4% (três) eram cooperativas e 1,6% (duas), outras.

Com relação às operadoras de planos de saúde segundo o número de vidas cadastradas junto à Agência Nacional de Saúde, 82,4% (103) tinham entre 50.000 à 100.000 vidas, 11,2% (catorze) entre 101.000 à 300.000; 3,2% (quatro) entre 301.000 à 500.000 e 3,2% (quatro) tinham mais de 501.000 vidas.

Segundo a distribuição das operadoras de planos de saúde da RMSP, 90,33% (110) têm rede terceirizada e 9,67% (quinze), rede mista, nenhuma tinha rede exclusivamente própria.

A Tabela 1 demonstra a distribuição das operadoras de planos de saúde da região metropolitana de São Paulo (RMSP) segundo os recursos humanos disponíveis no setor de credenciamento. 90,4% (113) dispõem do analista de creden-

ciamento; 38,4% (48) têm administrador; 16,8% (21) têm enfermeiro auditor; em 11,2% (catorze) há médico auditor; 8% (dez), estatístico e 7,2% (nove) dispõem de advogado. Se considerarmos médico e enfermeiro, catorze operadoras dispõem desses dois profissionais para a realização das visitas e apenas três operadoras de planos de saúde dispõem de todos os profissionais listados na pesquisa.

Na amostra total, podemos observar que apenas 23,2% (29) realizam algum tipo de controle de qualidade da rede credenciada e 76,8% (96) não fazem nenhum tipo de controle.

Os próximos dados representam as operadoras de planos de saúde que realizam controle de qualidade.

A Tabela 2 mostra as formas de controle de qualidade da rede credenciada feitas pelas operadoras de planos de saúde. Observa-se que, das 29 operadoras que dispõem de controle da qualidade da rede credenciada, 100% (29) solicitam ao prestador um relatório com a descrição do serviço, 89,65% (26) realizam visita técnica de avaliação dos serviços e 65,51% (dezenove) visitam os serviços após alguma reclamação ou sinalização do serviço de atendimento ao cliente (SAC).

Das 29 operadoras que realizam controle e qualidade da rede credenciada, 26 fazem esse controle através de visita técnica, dentre outras formas.

Verificamos que, das 26 operadoras que realizam a visita técnica, em 80,76% (21) o responsável é o enfermeiro; em 50% (treze), o assistente administrativo; em 15,38% (quatro), profissional formado em administração (administrador) e 7,69% (duas) são realizadas por profissional médico. Podemos perceber que 30,76% (oito) solicitam tanto a visita do enfermeiro quanto do

assistente administrativo; 15,38% (quatro) realizam tanto a visita do enfermeiro como do administrador e 7,69% (duas) realizam a visita do médico e do enfermeiro.

Com relação aos critérios de acionamento das vistorias técnicas feitas pelas operadoras de planos de saúde, das 26 operadoras que fazem a visita técnica, podemos concluir que 100% (26) realizam a vistoria sempre antes de credenciar um serviço e quando ocorrem reclamações; 80,76% (21) fazem a visita em caráter de monitoramento e antes de estender um determinado procedimento.

Observamos que, considerando as 26 operadoras que fazem auditoria de avaliação dos serviços, os parâmetros utilizados na realização da visita técnica são: 100% (26) utilizam como parâmetro tanto a parte física como a administrativa e 84,61% (22), além da estrutura física e administrativa, consideram a funcional.

Ainda quando questionado às 26 operadoras que realizam visita técnica aos prestadores se dispunham de formulários/roteiros de inspeção, 76,93% (vinte) relataram dispor de algum tipo de roteiro e 23,07% (seis), embora tenham respondido que não dispõem, relataram que estão implantando; algumas operadoras ainda especificaram que estão em fase de pré-teste para a aplicação.

Verificamos que, das vinte operadoras que dispõem de algum tipo de formulário ou roteiros de inspeção, 100% (vinte) desenvolveram seus documentos por meio da experiência dos autores e questões de interesse da operadora; 90% (dezoito), além dos quesitos anteriores, utilizaram das normas/leis da Vigilância Sanitária; 55% (onze), além das normas da Vigilância, incluí-

Tabela 1. Distribuição das operadoras de planos de saúde da RMSP, segundo os recursos humanos contratados no setor de credenciamento. São Paulo, 2007.

Recursos humanos	Frequência Nº (%)
Analista credenciamento	113 (90,4)
Administrador	48 (38,4)
Auditor enfermeiro	21 (16,8)
Auditor médico	14 (11,2)
Estatístico	10 (8,0)
Advogado	09 (7,2)
Total de operadoras	125 (100)

Tabela 2. Distribuição das operadoras de planos de saúde da região metropolitana de São Paulo, de acordo com o controle da qualidade da rede credenciada. São Paulo, 2007.

Forma do controle de qualidade	Frequência Nº (%)
Relatório da descrição do serviço enviado pelo prestador	29 (100,0)
Visitas técnicas (auditoria de avaliação dos serviços)	26 (89,65)
Informação via SAC	19 (65,51)
Total de operadoras que realizam controle de qualidade	29 (100,0)

mais informado e exigente, como decorrência do amadurecimento de sua condição de consumidor, respaldado tanto pela Lei nº 9.656/98 como pela Lei do Código de Defesa do Consumidor e pela atuação de diversas instituições de proteção do mesmo¹⁻⁷.

Dentro desse contexto, podemos observar que as operadoras viram-se obrigadas a investir e se adequar internamente, tendo que arcar com os custos da ampliação, sob pena de pesadas multas e, dependendo do artigo da lei, até sofrer uma intervenção¹.

A auditoria de avaliação de serviços é um custo necessário adquirido nesta ampliação. Antes da lei, não se ouvia falar sobre a qualidade do serviço prestado pela rede credenciada ou a credenciar, o foco para credenciar um serviço era diferente. Com a lei em vigor estabelecendo que a operadora de planos de saúde é corresponsável pela rede referendada, as operadoras iniciaram sua busca de como avaliar seus prestadores. A questão da corresponsabilidade veio ao encontro da busca pela otimização dos custos, as operadoras se vêem obrigadas a implementar estratégias para a contenção da demanda de serviços médicos por parte dos usuários e do preço dos serviços médico-hospitalares, buscando a melhoria dos controles.

A implantação da auditoria de qualidade dos serviços de saúde mostra-se como uma opção no controle ou redução de custos das instituições, visto que avalia de uma forma ampla as questões de condições de segurança ao paciente no que se refere à estrutura física e operacional, identificação quanto à existência de rotinas e procedimentos documentados e qualificação do corpo funcional, além de auditar se existem recursos mínimos capazes de garantir a assistência prestada, evitando, portanto, iatrogenias e infecções hospitalares.

Conforme os resultados apresentados na pesquisa, a introdução da auditoria de avaliação dos serviços dentro das operadoras ainda é lenta, visto que, de 125 operadoras entrevistadas, apenas 29 buscam algum tipo de avaliação da qualidade desses serviços e, dessas, 26 fazem a auditoria de avaliação (vistoria técnica). Podemos dizer que, com tantas exigências previstas na lei, a obrigação de arcar com os custos da ampliação da cobertura contratual de diversos procedimentos e patologias que antes à lei não exigia, além de não poderem definir os reajustes das mensalidades de seus planos individuais e familiares conforme a sinistralidade, a auditoria de avaliação da qualidade não foi escolhida como prioridade em um processo de sobrevivência do mercado.

Existem vários modelos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde que a cada dia vêm sendo implementados nas instituições, mas cada modelo se encontra em estágios de evolução diferentes. Alguns se preocupam mais com a estrutura, outros com processos; entretanto, nenhum deles ainda evoluiu para a medição efetiva dos resultados para o paciente; muitos são os questionamentos, como, por exemplo, uma instituição que tem o selo de qualidade de determinado programa evita ou ao menos diminui o risco de adquirir uma infecção hospitalar⁸.

Segundo dados da pesquisa, 100% das operadoras que realizam a vistoria técnica se preocupam com a estrutura física e administrativa, o que não fornece dados suficientes da qualidade de um determinado serviço, por que se têm reclamações de clientes de hospitais com uma estrutura física tão diferenciada e aconchegante.

Se pensarmos nas operadoras de planos de saúde que realizam a auditoria de qualidade, 50% são profissionais administrativos que não têm nenhuma formação na área de assistência à saúde; como podem avaliar a funcionalidade do serviço, a complexidade das ações? Ainda podemos questionar que, dentre as operadoras que têm um roteiro de inspeção, como foram elaborados, uma vez que não há modelo padrão baseado em evidências científicas? Podemos ainda questionar que 100% desses formulários tiveram na sua formulação itens de interesse da operadora e foram adicionados requisitos de experiência da prática, seja assistencial ou administrativa, das pessoas que desenvolveram.

Percebemos também que, dentre os itens mais relevantes para um serviço ser credenciado, não se destaca o fato de cumprir com as normas sanitárias, item que deveria ser fundamental para compor os roteiros de inspeção da vistoria técnica.

O Manual de Acreditação Hospitalar, criado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), instituição reconhecida pelo Ministério da Saúde, coloca as normas da Vigilância Sanitária como item imprescindível para a aquisição do nível 1^o; logo, como não há padronização para desenvolvimento dos roteiros de inspeção das operadoras de planos de saúde, a ferramenta acreditação poderia ser utilizada como referência para o desenvolvimento dos mesmos.

Podemos ainda colocar que o estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção médica e considera ainda os componentes: organização administrativa da atenção médica; descrição das características das instalações, relação da equipe

médica disponível, bem como sua adequação às normas vigentes; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência¹⁰.

Outro ponto interessante da pesquisa foi o grau de relevância da solicitação do usuário; oitenta operadoras consideraram grau 0 para o credenciamento do serviço. A satisfação do cliente é um dos requisitos de análise de resultados, sendo englobada frequentemente nos processos de avaliação⁸.

Sugere-se que o estudo da satisfação do paciente é o mais importante objetivo no estudo do cuidado médico, apesar de não poder ser um indicador direto ou indireto, apenas aproximado, da qualidade do cuidado à saúde¹⁰.

Já a análise da região e localização, ou seja, a adequação da oferta e da demanda, são os requisitos considerados de maior relevância entre as operadoras de planos de saúde para finalizar o credenciamento do serviço.

A acessibilidade, utilizada como um indicador da qualidade do serviço de saúde, tem seu marco a partir da década de sessenta, setenta, diante da contradição existente, nos Estados Unidos, entre a disposição governamental de expansão dos serviços de saúde e a não correspondente equidade destes. Existem duas vertentes principais na literatura que se baseiam na acessibilidade como metodologia de avaliação do acesso, com as características da população (renda familiar, cobertura previdenciária, atitudes frente ao cuidado médico) ou com os sistemas de saúde (distribuição e organização dos serviços, relações de poder, etc.). A segunda vertente relaciona a avaliação do acesso aos indicadores de resultado da passagem do indivíduo pelo sistema (padrão de utilização e satisfação). Segundo pesquisadores dessa última vertente, essa metodologia permite “validações externas” da importância do sistema e das características individuais¹⁰.

Considera-se dois aspectos da acessibilidade: o sócio-organizacional e o geográfico. Nos aspectos sócio-organizacionais, incluem-se tanto os atributos referentes aos recursos quanto à organização, que podem facilitar ou dificultar os esforços do cliente em obter o cuidado. Nesse aspecto, podem-se incluir variáveis referentes ao profissional de saúde, tais como sexo e especialização, e também as preferências do paciente. A acessibilidade geográfica, por outro lado, refere-se ao “isolamento espacial”, uma função do tempo e da distância física a ser percorrida pelo paciente para obter o cuidado. Coloca-se ainda que, utilizando a antropologia como referencial metodológico, chega-se à enfática conclusão de que

a acessibilidade ao serviço de saúde é o fator primordial à sua utilização ou não, superando mesmo barreiras étnicas e culturais¹¹.

O item equipamentos modernos foi outro requisito considerado importante para o credenciamento de um serviço, com 100% entre os graus de 3 à 5. O desenvolvimento e o uso das tecnologias médicas durante as últimas décadas têm crescido rapidamente. É consenso que inovações tecnológicas têm contribuído para a diminuição, em todo o mundo, das taxas de mortalidade e morbidade. Entretanto, ***ainda que as novas tecnologias tenham produzido mudanças no estado de saúde de muitas populações, é importante reconhecer que muitas dessas mudanças têm um custo muito elevado em relação aos benefícios produzidos. Muitas dessas tecnologias introduzidas pela medicina de benefício marginal e implicam riscos que necessitam ser considerados nas decisões***¹².

Considerações finais

Neste estudo, observou-se que, das operadoras de planos de saúde pertencentes à amostra (n=125), 29 fazem algum tipo de controle de qualidade.

Dessas 29 operadoras de saúde que praticam algum controle, 26 fazem a auditoria de avaliação dos serviços; dentre elas, é ainda menor o número que desenvolveu algum método sistematizado de processo para as vistorias técnicas; vinte dispõem de algum tipo de formulário ou roteiro de inspeção.

Ainda quando observamos as 26 operadoras de planos de saúde que fazem a auditoria de avaliação dos serviços, concluímos que todas utilizam como requisito fundamental para a avaliação da qualidade a estrutura física e administrativa. Além disso, 22 operadoras incluem o requisito estrutura funcional.

Dos profissionais que realizam a visita técnica, 21 são enfermeiros; treze são assistentes administrativos; quatro são profissionais formados em administração (administrador) e dois são médicos. Podemos perceber ainda que oito delas solicitam tanto a visita do enfermeiro quanto do assistente administrativo; quatro realizam tanto a visita do enfermeiro como do administrador e duas realizam a visita do médico e do enfermeiro.

Em relação aos critérios para que o prestador seja submetido à vistoria técnica, concluímos que 26 relataram sempre antes de credenciar o prestador e sempre que houver reclamações

dos usuários; 21, sempre antes de estender um determinado procedimento ou serviço e todos os prestadores credenciados e a credenciar em caráter de monitoramento.

Com esses achados, torna-se claro que existe uma necessidade de se aprofundar a sistematização do conhecimento nesta área, principalmente buscando pontos de contato ou reflexões que possam servir de subsídios ao desenvolvimento dos estudos voltados para esse tema.

A avaliação de serviços de saúde em geral, destacando-se os hospitais, por serem serviços mais complexos, apresenta dificuldades que têm sido comentadas na literatura.

Pelo número de operadoras de planos de saúde apontados neste estudo que fazem controle de qualidade dos prestadores de serviços em saúde, podemos perceber que ainda não há um consenso de que a garantia da qualidade, como consequência, favorece a redução de custos; percebe-se que a qualidade, na visão das operadoras de planos de saúde, ainda não está em sua totalidade aliada à gestão dos serviços, enfatizando a

diminuição dos custos como consequência, além da corresponsabilidade da operadora em referendar o serviço, não ser o fator principal de preocupação.

Outro ponto a ser destacado é o desenvolvimento dos profissionais atuantes nas vistorias técnicas quanto aos métodos de avaliação da qualidade; não há uma padronização de roteiros de inspeção e metodologia de avaliação para a qualidade dos serviços, voltada às operadoras de planos de saúde. Podemos perceber neste estudo que cada operadora atua como acha que deve atuar, sem qualquer nível de evidência científica ou sistematização de processos.

As ações em busca da qualidade nos serviços de saúde devem enfatizar o usuário. As operadoras de planos de saúde precisam buscar se unir para sistematizar e definir os padrões mínimos que um serviço de saúde precisa ter para ser credenciado ou continuar credenciado. Somente assim o processo será melhorado e os prestadores de serviços terão o comprometimento de prestar uma assistência de qualidade.

Colaboradores

CRP Paim e P Zucchi participaram igualmente de todas das etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. [acessado 2006 jul. 21]. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=548&word=6>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2000; 29 jan.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 11.292, de 26 de abril de 2006. Altera as Leis nº 9.986, de 18 de julho de 2000, que dispõe sobre a gestão de recursos humanos das Agências Reguladoras; nº 10.768, de 19 de novembro de 2003, que dispõe sobre o Quadro de Pessoal da Agência Nacional de Águas - ANA; nº 10.862, de 20 de abril de 2004, que dispõe sobre a criação do Plano Especial de Cargos da Agência Brasileira de Inteligência - ABIN; nº 10.871, de 20 de maio de 2004, que dispõe sobre a criação de carreiras e organização de cargos efetivos das autarquias especiais, denominadas Agências Reguladoras; nº 11.182, de 27 de setembro de 2005, que cria a Agência Nacional de Aviação Civil - ANAC; 9.074, de 7 de julho de 1995, que estabelece normas para outorga e prorrogações das concessões e permissões de serviços públicos; cria cargos na Carreira de Diplomata, no Plano de Cargos para a Área de Ciência e Tecnologia, do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS e Funções Gratificadas - FG; autoriza a prorrogação de contratos temporários firmados com base no art. 81-A da Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994, e no art. 30 da Lei nº 10.871, de 20 de maio de 2004; revoga dispositivos das Leis nº 5.989, de 17 de dezembro de 1973; 9.888, de 8 de dezembro de 1999; nº 10.768, de 19 de novembro de 2003; nº 11.094, de 13 de janeiro de 2005; e nº 11.182, de 27 de setembro de 2005, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 27 abr.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional Saúde. Missão. [acessado 2006 jul 21]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/aans/missao.asp>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Agregado por setores censitários* [acessado 2006 abr 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/defaulttab_agregado.shtm
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. Lista de registro das Operadoras de Planos de Saúde. [acessado 2006 abr 10]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/consultas/consultas.asp>
7. Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a Proteção do Consumidor e dá outras Providências. [acessado 2006 ago 10]. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=16618&word=>
8. Ichinose RM, Almeida RT. Desmistificando a certificação e a acreditação de hospitais. In: Quinto Neto A, Bittar OJN. *Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas*. Porto Alegre: Dacasa; 2004. p. 193-202.
9. Organização Nacional de Acreditação. *Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares*. 3ª ed. Pelotas: Educat; 2001.
10. Donabedian A. Evaluación y monitoreo de la calidad de los servicios de salud. In: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Secretaría de Salubridad y Asistencia, compiladores. *Seminario de Investigación de Servicios de Salud*. Queretaro: Memorial Queretaro; 1978. p. 65-81.
11. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Criteria and Standards of Quality*. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982.
12. Aquino CB. *Administração de recursos humanos: uma introdução*. São Paulo: Atlas; 1980.

Artigo apresentado em 01/05/2008

Aprovado em 10/11/2008

Versão final apresentada em 03/12/2008