

## Sistema de acreditação nas operadoras de saúde suplementar: análise e perspectivas de mercado

Accreditation system for supplementary health operators: analysis and market perspectives

Sistema de acreditación para operadores de salud complementarios: análisis y perspectivas del mercado

Adam Carlos Cruz da Silva<sup>1\*</sup>, Eliana Nascimento<sup>2</sup>, Elisangela Valença<sup>3</sup>, Fernando Porto<sup>1</sup>.

---

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a acreditação e a certificação das operadoras em saúde suplementar. **Métodos:** Tratou-se de um estudo descritivo, quantitativo e do tipo revisão bibliográfica, para analisar o sistema de acreditação das operadoras em saúde suplementar ano de 2019. **Resultados:** De acordo com a agência reguladora, existem 1.008 operadoras em operação no país. A grande maioria dos planos de saúde são médico-hospitalares seguidos pelos planos odontológicos. O cenário da acreditação em operadoras de saúde 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 possuem o nível 3. **Considerações finais:** Com base no estudo, constatou-se um número pequeno de operadoras de saúde acreditadas no país, porém com a mudança cultural que visa à qualidade de assistência e a competitividade cada dia mais presente no mercado.

**Palavras-chave:** Acreditação, Qualidade dos serviços de saúde, Plano de saúde.

---

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the accreditation and certification of operators in supplementary health. **Methods:** This was a descriptive, quantitative and bibliographic review type study to analyze the accreditation system of operators in supplementary health in 2019. **Results:** According to the regulatory agency, there are 1,008 operators in operation in the country. The vast majority of health plans are medical and hospital followed by dental plans. The scenario of accreditation in healthcare operators in Brazil is only 6.1%, with 61 registered companies. The number of non-certified operators is 93.9%. Of this total, 5.5% (55) are at level 1 who have achieved all the existing criteria and 0.6% (06) are at level 2 of accreditation. None of the operators have level 3. **Final considerations:** Based on the study, there was a small number of accredited health operators in the country, but with the cultural change that aims at the quality of care and the competitiveness that is increasingly present in the market.

**Keywords:** Accreditation, Quality of health services, Health insurance.

---

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la acreditación y certificación de operadores en salud complementaria. **Métodos:** Este fue un estudio de tipo de revisión descriptiva, cuantitativa y bibliográfica para analizar el sistema de acreditación de operadores en salud complementaria en 2019. **Resultados:** Según la agencia reguladora, hay 1.008 operadores en operación en el país. La gran mayoría de los planes de salud son médicos y hospitalarios, seguidos de planes dentales. El escenario de acreditación en los operadores de salud en Brasil es solo del 6,1%, con 61 empresas registradas, y el número de operadores no certificados es del 93,9%. De este total, el 5,5% (55) está en el nivel 1 que ha alcanzado todos los criterios existentes y el 0,6% (06) está en el nivel 2 de acreditación. Ninguno de los operadores tiene nivel 3. **Consideraciones finales:** Según el estudio, había

---

<sup>1</sup> Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro - RJ.

\*E-mail: [enfoadamcarlos@gmail.com](mailto:enfoadamcarlos@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Estácio de Sá (UNESA), Rio de Janeiro - RJ.

<sup>3</sup> Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro - RJ.

un pequeño número de operadores de salud acreditados en el país, pero con el cambio cultural que apunta a la calidad de la atención y la competitividad que está cada vez más presente en el mercado.

**Palabras clave:** Acreditación, Calidad de los servicios de salud, Plan de salud.

---

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde é composta por dois tipos de sistema, o Sistema Único de Saúde (SUS) em que os atendimentos são gratuitos e direcionados a toda a população e o sistema de saúde privado ou saúde suplementar, em que o sistema é direcionado aos beneficiários que pagam para ter esse atendimento através de operadoras e seguradoras de saúde (ALCM ET AL, 2017).

Dye C, et al. (2013) descreve que o sistema de saúde é a soma de todas as organizações, instituições e fundos que têm o propósito primário de melhorar a saúde. Neste contexto, as operadoras em saúde estão inclusas. Para que isso seja alcançado ainda segundo os autores, são necessários equipes, recursos, informações, fornecedores, transporte e comunicações, além de diretrizes de gestão integradas.

A saúde é um mercado em constantes mudanças há mais de duas décadas, com diversas mudanças ocorrendo para o avanço do setor como os processos de incorporações, aquisições de hospitais, construção ou a ampliação de ambulatorios, os novos planos de saúde, criação de serviços de reabilitação e a integração total ou parcial de serviços de assistência médica realizados por terceiros (VELOSO GC e MALIK AM, 2010).

Silva ACC (2018) descreveu em seu estudo que diante da mudança no perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira nos últimos anos, em especial, o envelhecimento populacional e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), ocasionando um aumento na dificuldade financeira das operadoras de saúde em geral devido ao alto custo nos tratamentos. Isso sinaliza ainda mais uma concorrência no mercado em saúde suplementar, colocando a importância da qualidade em saúde, e o engajamento das instituições nos processos de acreditação para se estabelecer nesta competitividade.

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) (2018) descreve que acreditação é um método que avalia, certifica e busca através de padrões e requisitos previamente padronizados, promover a qualidade e a segurança da assistência em saúde. Para ser acreditada, a organização precisa comprovadamente atender aos padrões estabelecidos e garantir o padrão de atendimento nos diferentes níveis de acreditação.

Silva ACC (2018) colocou em seu estudo, que a questão de qualidade é um dos temas mais abordados atualmente, sendo impossível garantir uma gestão sem abordar a qualidade. Estudos de Silva ACC e Schutz V (2019) descreveu que a avaliação da qualidade pode ser incluso como um item na composição na conta hospitalar, possibilitando considerações do auditor da operadora que avalia o atendimento prestado.

Paim CRP e Ciconelli RM (2007) descrevem que a qualidade no atendimento é construída com a totalidade de aspectos e características de um produto ou serviço que proporcionam a satisfação de necessidades declaradas e implícitas. Conforme ONA (2018) o processo de acreditação é voluntário em nosso país, sem nenhum cunho fiscalizatório, com um direcionamento para a educação continuada das organizações de saúde suplementar, reavaliado periodicamente com intuito de melhorar a assistência contínua em saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2020) atualizou em seu portal, as instituições acreditadas, estimulando as demais operadoras a tomarem a mesma iniciativa e se adequarem aos padrões de qualidade e facilitar a decisão de escolha por parte dos consumidores no ato da adesão. O programa de melhoria da qualidade setorial engloba quatro dimensões: gestão organizacional, gestão da rede, gestão em saúde e experiência do beneficiário.

A ANS (2000) é uma autarquia sob regime especial, que está vinculada ao Ministério da Saúde, é o órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização de atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto à suas relações com prestadores e consumidores, realizando o desenvolvimento das ações de saúde suplementar no País.

Segundo Malta DC, et al. (2004), coloca as perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais, onde a ANS atua em três ênfases: a capacidade financeira da operadora em honrar a prestação de serviço na assistência à saúde, a fiscalização dos contratos e a relação do consumo e os produtos tanto na composição de cobertura quanto no preço.

Segundo Zilber MA e Lazarini LC (2008) em seu estudo que trata de estratégias competitivas na área da saúde no Brasil, o setor de planos de saúde é caracterizado por uma concorrência acirrada entre empresas de medicina de grupo, empresas de seguro saúde e as cooperativas médicas.

Especificamente na área da Saúde, a ANS publicou uma nova modalidade de acreditação exclusiva para as Operadoras de Saúde que é a Resolução Normativa- RN nº 452 (BRASIL, 2020) que revogou a RN nº 277 obrigando as operadoras acreditadas a se adaptarem em 180 dias. A Acreditação objetiva certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares e odontológicos, de acordo com avaliação realizada por entidades de acreditação cadastradas na ANS e habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO) (BRASIL, 2020).

Conforme a Resolução Normativa (RN) nº 452 (BRASIL, 2020) as características do programa de acreditação das operadoras são compostas por requisitos e itens de verificação distribuídos em gestão organizacional, a gestão da rede prestadora de serviços de saúde, a gestão em saúde e a experiência do beneficiário.

A gestão organizacional é definida na dimensão um como a que busca avaliar a gestão das operadoras considerando aspectos relativos à estrutura organizacional, a processos de trabalho, a governança corporativa, a gestão de riscos corporativos, a sua sustentabilidade e a melhoria da qualidade (BRASIL, 2020).

A gestão da rede prestadora de serviços de saúde na dimensão dois como a que busca avaliar a gestão da rede assistencial das operadoras, considerando critérios de qualidade para sua conformação, bem como mecanismos de regulação do acesso dos beneficiários (BRASIL, 2020).

A gestão em saúde na dimensão três como a que busca avaliar a gestão do cuidado em saúde pelas operadoras, bem como ações de monitoramento relativas à qualidade da atenção à saúde de sua rede prestadora de serviços de saúde (BRASIL, 2020).

Na dimensão quatro, busca avaliar o resultado da interação entre a operadora, seus beneficiários e a sociedade, incluído potenciais dos clientes, tendo como parâmetros a percepção deles quanto ao atendimento de suas necessidades e expectativas, bem como as ações promovidas pela operadora com foco na melhoria da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2020). Além do colocado, as operadoras são avaliadas nos itens e requisitos estabelecidos nas dimensões, as operadoras também serão avaliadas em relação ao cumprimento dos requisitos referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos estabelecidos (BRASIL, 2020).

Para conseguir a certidão de qualidade, é realizada nas empresas uma análise em alguns pontos, como a administração, a estrutura física e a operação dos serviços de saúde ofertados, o desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados e o nível de satisfação dos beneficiários. A partir disto, é concedida uma certidão de acordo com o nível de acreditação avaliado de acordo com os pontos alcançados (BRASIL, 2020).

Para Silva Junior AG, et al. (2008) no seu estudo sobre as experiências de avaliação do setor suplementar de saúde, a ANS ao criar uma política de qualificação para o setor privado de saúde desde 2004, instituiu um novo marco no processo de macro regulação, reconhecendo o campo da saúde suplementar como o local de produção da saúde e induziu a transformação dos prestadores de serviços da saúde, das operadoras de planos e seguros de saúde, dos beneficiários e do próprio órgão regulador.

Este estudo teve como objeto a analisar a acreditação e a certificação em operadoras de saúde suplementar no país e como objetivos específicos de verificar o quantitativo de operadoras existentes no país, verificar os níveis de acreditação existentes, analisar o cenário de operadoras acreditadas no país e o seu percentual pelo nível de acreditação.

## MÉTODOS

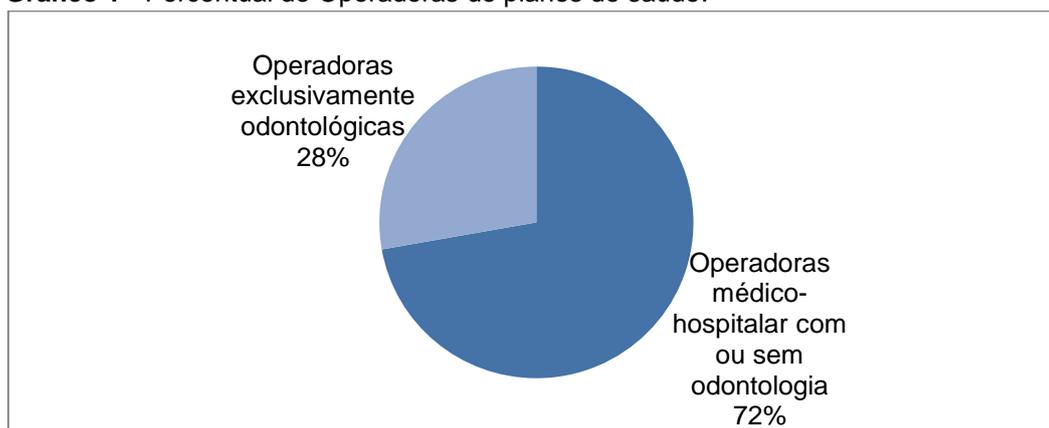
Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e do tipo revisão bibliográfica, para analisar o sistema de acreditação das operadoras em saúde suplementar no país. A amostra do estudo foi composta por todas as operadoras cadastradas e certificadas até o presente momento de acordo com os níveis de avaliação. A fonte para o procedimento de coleta utilizou-se os dados secundários disponibilizados do sistema de informação da ANS de dezembro de 2019. Os dados foram coletados, compilados e analisados no programa Excel e posterior representado em gráficos e tabelas.

A análise dos objetivos específicos do estudo foi realizada por meio da estatística descritiva, que é utilizada para descrever e resumir os dados e, desta forma, tirar conclusões sobre eles. A estatística descritiva se refere à maneira de apresentar um conjunto de dados em tabelas e gráficos, e a um modo de resumir as informações contidas nestes dados e algumas medidas (FERREIRA PL, 2005).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cenário atual do país para as modalidades das operadoras de planos de saúde seja médico-hospitalar com ou sem odontologia, ou exclusivamente odontologia, traduzem a situação atual do mercado de saúde suplementar. De acordo com a agência reguladora, existem 1.008 operadoras em operação no país (ANS, 2019). O **Gráfico 1** seguir mostra esse panorama em percentual para melhor entendimento e visualização.

**Gráfico 1** - Percentual de Operadoras de planos de saúde.



**Fonte:** SILVA ACC, et al., 2020.

O gráfico um disponibilizou o número de operadoras existentes no país com beneficiários ativos, sendo a grande maioria de planos médico-hospitalares seguidos pelos planos exclusivamente odontológicos. Registrou-se no ano de 2019, o menor número de operadoras existentes no país em ambos os segmentos, que pode ter como explicação diversos fatores atrelados ao aumento de custos em saúde, a regulamentação do setor, o envelhecimento populacional, a crise econômica no país etc.

Silva ACC (2018) destacou que o envelhecimento populacional e o tratamento das DCNT, são fatores que geram uma maior utilização dos sistemas de saúde, e que vêm ocupando sistematicamente o topo da lista dos custos em saúde, em função da utilização progressiva de materiais de alto custo e de novas tecnologias, de tratamentos progressivamente mais onerosos e de complicações inerentes a essas doenças, entre outros motivos que geram maior utilização dos sistemas de saúde.

Filho FHG (2018) descreveu que a economia do país encontra-se em forte recessão desde o segundo semestre de 2014, com o produto *per capita* brasileiro caiu cerca de 9% entre 2014 e 2016. No entanto, a saída da recessão depende de uma compreensão adequada de suas causas.

Neste sentido, pode-se ratificar os achados neste estudo em que a crise econômica afetou o mercado das operadoras de saúde. Conforme dados da ANS (2019). Com todos os fatores descritos, os números de operadoras de planos de saúde reduzem ano após ano, e contabilizam uma variação nos registros da ANS conforme a **Tabela 1**.

**Tabela 1 - Operadora com beneficiários ativos.**

Operadora médico-hospitalar	728
Operadora odontológica	280
<b>Total</b>	<b>1.008</b>

**Fonte:** SILVA ACC, et al., 2020, dados extraídos da ANS.

Ao mesmo tempo em que se observou a queda do número das operadoras nos dois segmentos, registrou-se a queda de 0,2% do número de beneficiários dos planos privados de assistência médica com ou sem odontologia se comparado ao ano anterior.

Mas ao analisar o número de beneficiários com planos privados exclusivamente odontológicos, ocorreu um crescimento de 4,4% na mesma linha de comparação (ANS, 2019). Pode-se explicar a este fato, o custo mais acessível desta modalidade aos beneficiários, que devido à crise econômica podem ter mantido apenas um segmento ativo.

Duarte ALCM, et al. (2017) em seu estudo sobre a evolução na utilização e nos gastos de uma operadora de saúde, são várias as justificativas apontadas pelas empresas do setor para o aumento destes custos, como o envelhecimento da população, o aumento da frequência de utilização dos planos de saúde e o aumento de preços de medicamentos, a mão de obra e os equipamentos médicos hospitalares. Diante das justificativas dos autores, organizar esse processo pode levar a melhoria significativa para a operadora e os seus beneficiários

Na questão da crise econômica, Marinho A (2017) descreveu que a partir de 2016, a ANS registrou uma queda no total de beneficiários com 47.898.787 de planos privados de assistência médica e odontológica, já no mesmo mês de 2014, os beneficiários dos planos eram 50.377.684. Como colocado, os números implicam uma queda de 5,0% entre os anos de 2014 e 2016.

Através de um aumento significativo desde o ano de 2006 com um total de 37.248.388 beneficiários, a partir do ano de 2015 observou-se uma parada neste crescimento dos planos de saúde. O autor enfatizou ainda a queda no Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro, com uma retração de 7,2%, que em comparação com os planos de saúde também registrava um aumento desde 2006.

Diante de diversas situações apresentadas, com as dificuldades registradas pelas operadoras na condução de seus processos organizacionais, a acreditação pode ser vista como um diferencial pelas operadoras e seus beneficiários, o que incentiva a melhoria contínua na qualidade assistencial da saúde suplementar. De acordo com a **Tabela 2** abaixo, apresenta-se os níveis de acreditação existentes para as operadoras de saúde e as suas pontuações correspondentes.

**Tabela 2 - Níveis de acreditação.**

 <b>Nível 1</b>	90 e 100 pontos
 <b>Nível 2</b>	80 e 90 pontos
 <b>Nível 3</b>	70 e 80 pontos

**Fonte:** SILVA ACC, et al., 2020, dados extraídos da ANS.

De acordo com o programa de Acreditação vigente da ANS (2020), a certidão poderá ser concedida em três níveis através dos dados disponibilizados pela ANS: os índices de operadoras de saúde com certificação nível 1 ou ouro com conformidade em pelo menos 80% (oitenta por cento) dos itens de excelência e obter o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) acima de 0,8 (oito décimos) na última avaliação divulgada com validade de três anos, o nível 2 ou prata com validade de dois anos e o nível 3 ou bronze com validade de dois anos, todos com a sua especificidade dentro dos padrões estabelecidos pela agência mediante a sua resolução normativa específica.

Importante ressaltar na **Tabela 2** que de acordo com o nível alcançado, a operadora conhece melhor o seu negócio e os programas desenvolvidos, identifica os pontos que estão fortes e os pontos os quais precisam ser melhorados nos seus processos e aos seus beneficiários, como estão sendo desenvolvidos os programas internos organizacionais e de assistência, a sua rede própria e a sua rede credenciada. Assim, todos ganham, enfatizando que após conquistar a certidão de acreditação, as operadoras podem realizar a divulgação em seu meio eletrônico para fins comerciais, incluindo material de publicidade e propaganda (ANS, 2020).

Saber estes dados possibilita um melhor gerenciamento sobre seus dados, trazendo fatores de análise como a taxa de cobertura nacional seja para a construção da sua rede própria ou conveniada, logística a ser implantada, e quais os prestadores estão acreditados por exemplo. Importante ressaltar, que inúmeras análises podem ser desenvolvidas para proporcionar melhores resultados em prol da empresa e dos seus beneficiários.

Conforme Costa ASC, et al. (2015) a postura estratégica das empresas com relação aos negócios, devem compreender os clientes como o elo fundamental para o crescimento das organizações, apenas desta forma elas venderão mais, conquistarão novos consumidores e a assistência de qualidade. Na **Tabela 3** abaixo, analisou-se o número de operadoras acreditadas no país.

**Tabela 3 - Cenário de Operadoras acreditadas no Brasil.**

Situação	Freq. (%)	Número (N)
Certificadas	6,1%	61
Não certificadas	93,9%	947
<b>Total Geral</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.008</b>

Fonte: SILVA ACC, et al., 2020, dados extraídos da ANS.

De acordo com a **Tabela 3** que descreve o cenário de operadoras acreditadas no Brasil, pode-se verificar que apenas 6,1% das operadoras registradas são acreditadas representando um total de 61. O número de operadoras não certificadas é de 93,9% representando um total de 947. Não foi possível avaliar quantas estão em processo de certificação, pois esta variável é considerada importante para avaliação do cenário atual. Conforme os dados da ANS (2019), o número de operadoras acreditadas no país ainda é muito pequeno, porém essa cultura vem mudando pela a importância de certificação e padronização de seus processos organizacionais que poderá representar a conquista de novos beneficiários através de seus meios de propaganda.

O setor de serviços cada dia mais aumenta sua participação no PIB e a sua grande importância na economia do país. Com isso, a certificação pode representar resultados financeiros positivos, pois de acordo com o estudo, cada dia mais os mercados globais se tornam competitivos e as organizações visam ganhar sempre da concorrência (CAMPOS CC, 2006). Neste direcionamento do autor acima, configura-se a importância de possuir a acreditação nas operadoras, visando a sua sustentabilidade e melhores resultados operacionais e econômico-financeiros.

Reforça-se nos estudos de Campos CC (2006) que as operadoras e hospitais vêm atribuindo uma maior importância à qualidade de assistência aos serviços de atenção ao paciente/cliente e aos serviços de apoio diagnósticos. Isso ratifica a importância da acreditação das operadoras, visando a excelência no seu atendimento e nas suas formas de atendimento ao seu cliente. Na **Tabela 4** abaixo, verificou-se o percentual de operadoras acreditadas pelo nível de acreditação, explicando melhor este cenário.

**Tabela 4 - Percentual de operadoras acreditadas de acordo com o nível de acreditação.**

Nível de Acreditação	Qtde operadoras	% Acreditação
Nível 1	55	5,5%
Nível 2	6	0,6%
Nível 3	Sem registro	Sem registro
<b>Total geral</b>	<b>61</b>	<b>6,1%</b>

Fonte: SILVA ACC, et al., 2020, dados extraídos da ANS.

Conforme os dados da ANS (2019), o número de operadoras acreditadas no país é de 61, representando 6,1% de todas as registradas. Deste total, 5,5% (55) estão no nível 1 que conseguiram atingir todos os critérios existentes e 0,6% (6) estão no nível 2 de acreditação. Nenhuma das operadoras segundo os dados da ANS possuem o nível 3 de acreditação. Considera-se um ótimo resultado no cenário avaliado, pois a maioria das operadoras encontra-se no melhor nível de acreditação (nível 1), que apesar de ainda apresentar percentual discreto no número de acreditadas, a maioria delas após as avaliações realizadas estão no padrão de excelência admirável para a assistência à saúde de seus beneficiários. As operadoras que estão no nível II, com certeza irão rever seus métodos e os critérios solicitados para o avanço ao nível 1 de acreditação.

Campos CC (2006) em seu estudo já descrevia a importância de despertar na saúde suplementar a necessidade de qualificar o setor através de conhecimento de informações no cenário estratégico. Fato este também sempre destacado pela ANS, que criou a qualificação da Saúde Suplementar, visando à melhoria contínua do setor através dos atores envolvidos como o plano de saúde, os prestadores, os beneficiários e o próprio órgão regulador (ANS, 2004).

A forte concorrência das empresas é visível no mercado, aperfeiçoar os seus processos, adaptar-se para garantir seu posicionamento e cultivar uma equipe de colaboradores que tenham conhecimento da necessidade de atender a demanda do consumidor a um custo inferior ao da concorrência, definem a estratégia como qualidade (DEZIDEIRO C e SILVA E, 2017). Nesta vertente, observa-se a importância da equipe para a conquista da certificação, visando implantar um sistema que garanta o atendimento dos requisitos especificados nos programas de acreditação.

Ao focar a equipe como essencial nesta conquista da certificação, a equipe de auditoria em saúde é importante para o cumprimento deste controle, pois de acordo com as suas várias vertentes é uma ferramenta essencial para que os gestores possam ter segurança e consistências nas informações a serem passadas dos produtos comercializados (SILVA ACC, SCHUTZ V, 2020).

Para Paul NLF (2012) para se conseguir um resultado positivo ou o ideal de um sistema de saúde eficiente deve-se possuir um produto de saúde socialmente aceitável, com o uso mínimo de recursos. Isso reforça-se a cultura de monitorar os custos, porém sempre com cautela e estudo para que não realize de forma errada prejudicando a assistência. Os monitoramentos dos processos organizacionais que são realizados na acreditação, refazem pensamentos de melhoria e com certeza irão trazer discussões significativas para as instituições. Os sistemas de saúde são formas de prestação de serviços que possuem características distintas de outros produtos e serviços. Os consumidores apresentam um alto grau de dificuldade de perceber essa qualidade a que é ofertada, e a acreditação das operadoras representa uma excelente oportunidade para esse fim (SILVA LMV, 2005).

Conforme Dezideiro C e Silva E (2017) a qualidade é um bem indispensável para reforçar o posicionamento da empresa no cenário atual de competitividade e além de garantir à satisfação da clientela e a maximização dos seus resultados.

Malik AM e Teles JP (2001) já descreviam a importância de estimular uma cultura de melhoria contínua da qualidade, e a acreditação representa um elo nesta mudança cultural. As operadoras que conseguiram enxergar este fator, com certeza percebem a satisfação da sua clientela e os resultados nos seus processos organizacionais e econômico-financeiro.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base no estudo, constatou-se um número pequeno de operadoras de saúde acreditadas no país, porém com a mudança cultural que visa à qualidade de assistência e a competitividade presente no mercado, esse percentual pode aumentar com a nova RN. Apesar do número de operadoras acreditadas serem discreto, as empresas que estão cadastradas possuem os melhores níveis de avaliação, estando acreditadas nos níveis 1 e 2 de acreditação. Com a possibilidade de realizar a divulgação dos seus produtos com a certificação da acreditação previsto na resolução normativa, as operadoras irão conseguir melhores resultados na gestão e outros benefícios financeiros. Com isso, acredita-se que cada vez mais outras operadoras estarão em busca da acreditação.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa- RN nº 452 de 09 de março de 2020/ Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2020.
2. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Qualificação da Saúde Suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação. -- Rio de Janeiro: ANS, 2004.
3. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. LEI nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Agência Nacional de Saúde Suplementar. -Rio de Janeiro: ANS, 2000.
4. CAMPOS CC. Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços. O mundo da Saúde. São Paulo: 2006.
5. COSTA ASC, et al. Qualidade do atendimento ao cliente: um grande diferencial competitivo para as organizações. Revista de Iniciação científica- RIC. Cairu Jun. 2015; 02(02): 155-172.
6. DEZIDEIRO C, SILVA E. 2017. A utilização do programa de acreditação de operadoras como instrumento gerencial. Revista Húmus. 207; 7(21).
7. DUARTE ALCM, et al. Evolução na utilização e nos gastos de uma operadora de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2017; 22(8): 2753-2762.
8. DYE C, et al. Research for universal health coverage. *Sci Transl Med* 2013; 5(199):199; 13.
9. FERREIRA PL. Estatística descritiva. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra. Portugal, 2005.
10. FILHO FHB. A crise econômica de 2014/2017. *Estud. av.* 2017; 31(89).
11. MALIK AM, TELES JP. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. *Revista de Administração Hospitalar*, 2001; 41(3), 51-59.
12. MALTA DC et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004; 9(2).
13. MARINHO A. A crise do mercado de planos de saúde: devemos apostar nos planos populares ou no SUS. *Planejamento e políticas públicas*, 2017; 49.
14. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde. Coleção Manual Brasileiro de Acreditação. Volume I. Versão 2018- 2022.
15. PAIM CRP, CICONELLI RM. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *RAS, Rev. adm. saúde*, 9 (36); 85- 92, jul - set, São Paulo, 2007.
16. SILVA ACC. Auditoria como ferramenta de gestão para a eficiência alocativa de recursos financeiros no SUS: O caso da Prefeitura de Campos dos Goytacazes. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO. Rio de Janeiro, 2018.
17. SILVA JUNIOR AG, da et al. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2008; 13(5): 1489-1500.
18. SILVA ACC, SCHUTZ V. Auditoria de contas em saúde: análise das glosas e suas justificativas no Home Care. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 47: e2975.
19. SILVA ACC, SCHUTZ V. Elementos padrão para a análise das contas médicas: formação da conta hospitalar. *Jornal Managemnt Primary Health Care*. 2019; 110.
20. VELOSO GC, MALIK AM. Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. *RAE-eletrônica*, 2010; 9(1): 2.
21. SILVA LMV. Avaliação em saúde. Universidade Federal da Bahia/ Fundação Oswaldo Cruz. Julho, 2005.
22. ZILBER MA, LAZARINI LC. Estratégias competitivas na área da saúde no Brasil: um estudo exploratório. *RAC*, Curitiba, 2008; 12(1): 131-154.