

**MENSURANDO A EFICÁCIA DOS MODELOS DE GESTÃO DAS OPERADORAS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR POR MEIO DE UMA ANÁLISE COMPARATIVA DO
IDSS**

Autores: Leonardo Bastos Ávila
Centro Universitário Newton Paiva
Eliane Gomes Amorim
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

RESUMO:

Este trabalho tem por finalidade mensurar por meio de uma análise comparativa de caráter quantitativo qual o modelo de gestão de operadoras de saúde suplementar exclusivamente de assistência médica apresenta melhor eficácia com base no IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar). A base de dados utilizada foi a última divulgada pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) em 2015 – ano base 2014. A análise de natureza quantitativa avaliou todos os componentes que compõe o IDSS, e com base nos resultados obtidos enfatiza possíveis tendências assinaladas para o setor no que se refere não somente a eficácia, mas também a eficiência na gestão destes itens que compõem o indicador. Debate ainda sobre a gestão dos modelos de negócios de cada um sinalizando a necessidade de estudos aprofundados para melhor entender fatores determinantes da performance do setor.

Palavras chave: Operadoras de planos de saúde suplementar; Avaliação de indicadores em saúde; Gestão em operadoras de saúde suplementar.

1. INTRODUÇÃO

A demanda por planos e seguros de saúde está correlacionada à demanda por assistência à saúde, bem como às incertezas relacionadas à saúde e à doença, as quais compreendem riscos financeiros. Por esses motivos, grande parte das falhas de mercado presentes no setor de saúde suplementar decorre de características também de seu modelo de gestão e nas assimetrias de informação entre os atores participantes deste segmento ressaltadas peculiaridades relativas ao seu funcionamento conforme Araújo (2004), as quais serão descritas a seguir.

O marco regulatório do setor - formado pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em conjunto com a Medida Provisória 2.177-44, de 24 de agosto de 2001 (originalmente MP 1.665, de 5 de junho de 1988), e pela Lei nº 9.961, de 20 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – permitiu a passagem de um ambiente marcado pela livre atuação das empresas para um outro pontuado por novas regras relativas tanto à assistência à saúde quanto a aspectos econômico-financeiros dos planos e seguros privados de assistência à saúde. Entre outras regras, foi determinado (a):

- I. A obrigatoriedade de que as operadoras oferecessem ao cliente coberturas assistenciais integrais em cada segmento, com base no denominado Plano de Referência;
- I. A proibição de seleção de risco;
- II. A proibição da exclusão de doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos, após 24 meses de vigência do instrumento contratual;
- III. A vedação do rompimento unilateral do contrato individual ou familiar, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade em prazo estipulado;
- IV. a definição e limitação das carências;
- V. e o controle e/ou acompanhamento dos reajustes de preços de planos.

As características do mercado de saúde suplementar justificam a regulação, como forma de assegurar o equilíbrio econômico-financeiro das empresas, de proteger o consumidor e de garantir acesso aos bens conforme Bahia (2002) e, assim, condições de saúde dignas para a população brasileira. Com a edição da Lei dos Planos de Saúde, em 1998, diversos aspectos desse mercado foram regulados, com o intuito de minimizar suas imperfeições e assim garantir maiores ganhos para seus participantes.

Do ponto de vista da assistência à saúde, várias medidas foram e continuam a serem implementadas. Novas regras impuseram a obrigatoriedade de que operadoras ofertem planos com coberturas assistenciais integrais e a proibição de exclusão de doenças preexistentes, bem como a definição e limitação das carências conforme Araújo (2015). Analogamente à regulação dos aspectos sanitários, a regulação econômica do setor saúde também passou, por profundas reformulações configuradas por meio dos indicadores que compõem o IDSS que veremos a seguir.

Atualmente 48,5 milhões de pessoas encontram-se cobertos por planos de saúde. Entre as operadoras ativas atualmente, estão classificadas nas seguintes modalidades conforme Leal (2015):

- Autogestão: entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde de seus colaboradores ativos, aposentados, pensionistas e respectivos grupos familiares, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classe profissionais ou assemelhados;
- Cooperativa médica: sociedade de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/1971 (Lei geral do cooperativismo), que operam planos privados de assistência à saúde;
- Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal, estadual ou municipal junto aos órgãos competentes;
- Medicina em grupo: empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando aquelas classificadas nas modalidades anteriores;
- Seguradora especialidade em saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar seguro-saúde, devendo seu estatuto vedar a atuação em quaisquer outros ramos de seguros. Com a aprovação da Lei 9.656/1998 que regulamentou o setor de saúde suplementar no Brasil e criou o CONSU – Conselho Nacional de Saúde, tornou-se necessário equiparar as operações de seguro saúde aos planos privados de assistência à saúde, de forma a adaptar tais operações aos requisitos legais. A Lei 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, enquadrou o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde, e a sociedade especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde, para efeito da Lei 9.656/98.

2. IDSS – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) conforme Shinomata (2010) criou o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, para avaliar a qualidade das operadoras de planos de saúde, através do Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS).

O objetivo da ANS, ao criar o programa, foi de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras, garantir um equilíbrio no mercado e ajudar o consumidor na hora de optar por um plano de saúde. O IDSS classifica as operadoras por meio de uma pontuação que varia de 0 a 1.

O IDSS ano 2015 – base 2014 avalia o desempenho das operadoras de planos de saúde, com base em quatro critérios:

- Atenção à saúde;
- Estrutura e operação;
- Equilíbrio econômico – financeiro;
- Satisfação do beneficiário.

O IDSS é elaborado por meio do índice de desempenho do indicador (ID do indicador) e do índice de desempenho da dimensão (ID da dimensão), conforme detalhado abaixo:

Índice de Desempenho – ID do Indicador

Pontuação obtida pela operadora no indicador

Pontuação estabelecida pela ANS para o indicador

Fonte: ANS – 2016.

Índice de Desempenho – ID da Dimensão

Os pesos de cada indicador, descritos no Anexo III da IN 53/2014, são utilizados para compor a nota de cada dimensão. Os índices de desempenho da dimensão Atenção à Saúde (IDAS), Dimensão Econômico-Financeira (IDEF), Estrutura e Operação (IDEO) e Satisfação dos Beneficiários (IDAB) são calculados através da média ponderada dos indicadores da dimensão, ou seja, o numerador representa a soma dos produtos do resultado de cada indicador da dimensão pelo respectivo peso, enquanto que o denominador é a soma dos pesos dos indicadores da dimensão, conforme abaixo:

$$\frac{V_1 \times P_1 + V_2 \times P_2 + \dots V_n \times P_n}{P_1 + P_2 \dots + P_n}$$

Onde:

V_1 = pontuação do indicador 1

P_1 = peso do indicador 1

V_2 = pontuação do indicador 2

P_2 = peso do indicador 2

V_n = pontuação do indicador n

P_n = peso do indicador n

Fonte: ANS – 2016.

Índice de Desempenho – IDSS da Operadora

Por fim, para o cálculo do IDSS de cada operadora, é realizada a média ponderada dos índices de desempenho das dimensões, conforme os pesos de cada dimensão descritos no Art. 12 da RN 139, de 24 de novembro de 2006 explicado na figura abaixo:

$$\text{IDSS} = (\text{IDAS} \times 0,4) + (\text{IDEF} \times 0,2) + (\text{IDEO} \times 0,2) + (\text{IDSB} \times 0,2)$$

Fonte: ANS – 2016.

Onde:

IDSS: Índice de desempenho da saúde suplementar;

IDAS: Dimensão Atenção à saúde;

IDEF: Dimensão Econômico Financeiro;

IDEO: Dimensão Estrutura e Operação;

IDSB: Dimensão Satisfação dos Beneficiários.

Conforme a resolução normativa – nº 386, de 9 de outubro de 2015 a ANS realizou modificações na nomenclatura e peso das dimensões conforme abaixo:

Nomenclatura:

I - Dimensão da qualidade em atenção à saúde;

II - Dimensão de garantia de acesso;

III - Dimensão de sustentabilidade no mercado; e

IV - Dimensão de gestão de processos e regulação.

Pesos:

I – 25 % (vinte e cinco por cento) para a dimensão da qualidade em atenção à saúde;

II – 25 % (vinte e cinco por cento) para a dimensão de garantia de acesso;

III – 25% (vinte e cinco por cento) para a dimensão de sustentabilidade no mercado; e

IV – 25 % (vinte e cinco por cento) para a dimensão de gestão de processos e regulação.

Tais mudanças não invalidam esta pesquisa, uma vez que o resultado com novos pesos e a modificação da Dimensão Satisfação dos Beneficiários por Dimensão de gestão de processos e regulação não foram divulgados até a presente data pela ANS, e somente servem como novas fontes de pesquisas destes autores.

3. METODOLOGIA

Caracterizar os limites de uma pesquisa, é requisito básico para delimitação de seu escopo. A delimitação de uma pesquisa é estabelecer limites para a mesma (MARCONI; LAKATOS, 1999).

O universo de uma pesquisa é definido por Silva (2006) como um conjunto de elementos que possuem em comum pelo menos uma característica. Neste sentido, a metodologia adotada para se atingir o objetivo proposto foi através da abordagem exploratória.

Conforme Gil (1999), pesquisas exploratórias são importantes, pois possuem a finalidade de esclarecer, desenvolver e modificar conceitos e ideias, bem como formular problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis em estudos posteriores.

Na mesma linha de raciocínio, Andrade (1999), pondera que uma pesquisa exploratória é também utilizada para agregar informações sobre um determinado tema com a finalidade de definir objetivos, formular hipóteses ou descobrir novos enfoques a serem investigados. Ainda sobre pesquisas exploratórias, Vergara (2003) considera que, dada sua natureza, elas não comportam hipóteses iniciais, mas que podem surgir ao longo da realização da pesquisa.

Esta abordagem metodológica apropriada para fornecer uma interpretação plausível sobre os padrões de relações entre os diversos indicadores de desempenho utilizados pelas empresas investigadas.

Como afirma Bendix (1963), comparar é uma atividade essencial do processo cognitivo na busca do entendimento de certas regularidades dos eventos. Já para Sartori (1994), o que melhor caracteriza a comparação é a possibilidade de controlar a hipótese formulada. Diante de um conjunto de hipóteses plausíveis, apenas a comparação permite defender uma hipótese mais do que outra graças ao controle de mais casos. De um modo geral, a estratégia comparativa permite, por meio da exploração das semelhanças e diferenças, encontrar os princípios de variação de um determinado fenômeno ou os padrões mais gerais de um fenômeno em um grau maior de abstração (TILLY, 1984).

Quando a relação entre variáveis é a mesma em diferentes sistemas, o número de características sistêmicas que operam sobre a variável resposta é reduzido. No referido estudo, isso aumenta a validade externa do construto teórico, propiciando uma maior robustez, com um grau maior de generalização. Além disso, a comparação permite aprender com as experiências dos outros (DOGAN; KAZANCIGI, 1994).

Sendo esta pesquisa de características exploratórias, ela não possui hipótese de pesquisa e nem pergunta de partida, Gil (2002). Para a obtenção dos dados correlacionados a amostra investigada, a fonte referencial utilizada foi o cadastro de empresas disponibilizado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Como método de comparação quantitativa foram utilizadas ferramentas da estatística descritiva, mais especificamente o desvio padrão pois conforme Downing et al. (2000) podemos mensurar o grau de afastamento de um conjunto de números em relação à sua média. Ao se chegar ao desvio padrão de cada modalidade de operadora partindo da média obtida pela amostra, conseguimos fundamentar o quão homogêneo ou não está do indicador, partindo de que 1 é o ideal para cada dimensão e para o próprio IDSS conforme metodologia de cálculo da ANS. Logo conseguimos obter aquela modalidade que mais se aproxima do ideal. Para obtenção dos dados foi utilizado o software estatístico *STATISTICA ADVANCED for Windows*.

4. ANÁLISE COMPARATIVA DOS DADOS OBTIDOS

Para a análise dos dados obtidos junto ao banco de dados da ANS este trabalho como fonte de pesquisas operadoras de diversas modalidades com número de beneficiários acima de 100 mil usuários.

Com base supracitada e metodologia de cálculo exposta, iremos iniciar por comparar o indicador IDSB (Dimensão Satisfação dos Beneficiários).

Modalidade de Operadora	Média Aritmética	Desvio Padrão
Autogestão	0,4685	0,1083
Cooperativa Médica	0,7753	0,1476
Filantropia	0,8119	0,0000

Medicina de Grupo	0,5138	0,0986
Seguradora Especializada em Saúde	0,3726	0,0288

Fonte: Autores

Para uma análise com maior grau de entendimento possível precisamos quais componentes entram na composição da dimensão calculada. Em relação a satisfação dos beneficiários são:

- Proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano;
- Sanção pecuniária em primeira instância (Mede a gravidade do conjunto das infrações à legislação cometidas por parte das operadoras);
- Índice de reclamações;

Com base nos dados acima verificamos que em operadoras com mais de 100 mil beneficiários a de fins filantrópicos obteve o melhor resultado seguido de cooperativa médica, medicina em grupo, autogestão e seguradora especializada em saúde.

Enfatiza-se que o desvio padrão pode ter causado distorções somente entre a análise das operadoras de medicina em grupo e autogestão, uma vez que a diferença entre o mínimo e o máximo da média para medicina em grupo foi de 0,0986 e autogestão 0,1083. Isso significa que estas distorções podem equiparar as duas operadoras, bem como distanciar ainda mais.

A segunda dimensão a ser comparada é a dimensão estrutura e operação, cujo componentes são:

- Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde (Verifica a disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde na área prevista para cobertura assistencial definida nos produtos das operadoras).
- Dispersão da rede assistencial hospitalar (Verifica a disponibilidade de estabelecimentos hospitalares na área prevista para cobertura assistencial hospitalar definida nos produtos das operadoras).
- Dispersão de serviços de urgência e emergência 24 horas (Verifica a disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas na área prevista para cobertura assistencial definida nos produtos das operadoras).
- Percentual de qualidade cadastral (Avalia a qualidade do preenchimento dos campos identificadores do beneficiário e do plano ao qual o beneficiário está vinculado; e quanto maior o valor do indicador, maior a qualidade dos dados da operadora no cadastro de beneficiários na ANS, tanto em relação aos dados de beneficiários como aos dados de planos, possibilitando identificar indivíduos e respectivas coberturas).
- Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação (demonstra o grau de efetividade das obrigações devidas das operadoras quanto à regularização do DIOPS, SIB, SIP, dentro dos prazos estabelecidos nas normas, quando devidos pela operadora que devem ser de 100%).

Modalidade de Operadora	Média Aritmética	Desvio Padrão
Autogestão	0,7667	0,1124
Cooperativa Médica	0,7997	0,0717
Filantropia	0,6069	0,0000

Medicina de Grupo	0,6631	0,1002
Seguradora Especializada em Saúde	0,6475	0,1402

Fonte: Autores

Verifica-se que as operadoras de autogestão e cooperativa médica possuem os melhores indicadores, apesar da cooperativa médica apresentar um índice melhor, esta equidade pode ser avaliada pelo desvio padrão em que ambas que podem estar variando quase que na mesma proporcionalidade. Seguindo a mesma metodologia de avaliação estariam medicina de grupo e seguradora especializada em saúde. E finalizando a filantropia.

A terceira dimensão é o equilíbrio econômico – financeiro que contempla os seguintes componentes:

- Patrimônio líquido ajustado por margem de solvência (corresponde à suficiência do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social ajustado por efeitos econômicos em sua integralidade).
- Liquidez corrente (representa o quanto existe de ativo circulante para cada unidade monetária de dívida a curto prazo, ou seja, representa a capacidade da operadora de pagar suas dívidas a curto prazo).
- Provisão de eventos ocorridos e não avisados (provisão estimada atuarialmente para fazer frente ao pagamento dos eventos/sinistros que já tenham ocorrido e que não tenham sido registrados contabilmente).
- Suficiência em ativos garantidores vinculados (Bens imóveis, ações, títulos e valores mobiliários de titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada direta ou indiretamente pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, que lastreiam as provisões técnicas).

Modalidade de Operadora	Média Aritmética	Desvio Padrão
Autogestão	0,9806	0,0274
Cooperativa Médica	0,8812	0,1822
Filantropia	1,0000	0,0000
Medicina de Grupo	0,5539	0,3793
Seguradora Especializada em Saúde	0,8219	0,3264

Fonte: Autores

Nesta dimensão há de exaltar dois fatos. O primeiro refere-se a filantropia que obteve o indicador máximo com desvio padrão igual a 0, o que a princípio significa uma gestão financeira eficiente e eficaz. E o segundo fato é a medicina de grupo com uma média baixa e um desvio padrão alto de 0,3793 que ao se examinar as causas encontra-se 3 operadoras em situação financeira ruim a saber: Prevent Senior Private Operadora de Saúde Ltda., Santamalia Saúde S/A e Seisa Serviços Integrados de Saúde Ltda. Ainda discorrendo sobre o segundo fato, já se tratando de seguradora especializada em saúde com uma média razoável e desvio padrão de 0,3264 identifica-se a situação financeira ruim da Allianz Saúde S/A.

A quarta dimensão é a atenção à saúde com os componentes abaixo:

- Taxa de citopatologia cérvico-vaginal oncótica (Avaliar a evolução da realização de citopatologia cérvico-vaginal oncótica, identificando tendências de cobertura deste procedimento, com vistas a inferir a detecção precoce do câncer de colo de útero).
- Taxa de mamografia (Avaliar a evolução da realização de mamografias, identificando tendências de cobertura deste procedimento, com vistas a inferir a detecção precoce do câncer de mama).
- Proporção de parto cesáreo (Avaliar, indiretamente, o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma assistência adequada possa causar impacto positivo no valor do indicador. Subsidiar a elaboração e a avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção materno-infantil e a assistência médico-hospitalar prestada aos beneficiários de planos de saúde).
- Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário (Avaliar a evolução da realização das consultas médicas ambulatoriais, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso. Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, no setor suplementar. Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora).
- Taxa de internação hospitalar (Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, no setor suplementar. Avaliar a evolução da realização de internações hospitalares, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de alta complexidade. Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora. O indicador é influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às internações hospitalares).
- Proporção de consulta médica em pronto socorro (Possibilidade de indicar situações de dificuldade de acesso à assistência à saúde, pela demora na marcação de consultas ambulatoriais ou na realização de exames laboratoriais e radiológicos ou, ainda, pela indisponibilidade de prestadores de serviços de saúde. A produção elevada de consultas em pronto socorro pode apontar a incapacidade da operadora em evitá-las por meio de ações de prevenção de riscos e doenças e maior oferta dos serviços de atenção básica).
- Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica (É um indicador de cobertura que estima o número Sessões de quimioterapia para o tratamento de câncer em relação às Consultas Médicas. Possibilidade de indicar situações de dificuldade de acesso aos serviços de terapia, pela demora na marcação das sessões de quimioterapia ou, ainda, pela indisponibilidade de prestadores de serviços de saúde).
- Taxa de internação por fratura de fêmur em idosos (A queda pode ser considerada como evento sentinela na saúde da pessoa idosa. Entre as principais causas estão fatores de risco individuais e fatores relacionados ao meio ambiente e ao acesso a atenção básica específica para esta faixa etária).
- Número de consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiário com 60 anos ou mais (Estima a cobertura de consultas médicas de clínica médica e geriatria em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais de idade. Aponta situações de dificuldade ou restrição de acesso dos beneficiários com 60 anos ou mais de idade).

- Programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a desenvolverem programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, contribuindo para a melhoria dos níveis de saúde da população beneficiária).

Modalidade de Operadora	Média Aritmética	Desvio Padrão
Autogestão	0,7524	0,0145
Cooperativa Médica	0,8164	0,1000
Filantropia	0,7775	0,0000
Medicina de Grupo	0,8549	0,0902
Seguradora Especializada em Saúde	0,7958	0,1365

Fonte: Autores

Finalizando o IDSS que é composto pelas dimensões supracitadas:

Modalidade de Operadora	Média Aritmética	Desvio Padrão
Autogestão	0,7441	0,0122
Cooperativa Médica	0,7937	0,0831
Filantropia	0,7948	0,0000
Medicina de Grupo	0,6891	0,0659
Seguradora Especializada em Saúde	0,6867	0,1161

Fonte: Autores

Percebe-se nesta análise comparativa final que no contexto geral temos na sequência com melhor IDSS: filantropia, cooperativa médica, autogestão, medicina de Grupo

Conforme já citado, ocorreu a mudança do cálculo do IDSS do ano 2015 para 2016. Como um dos objetivos desta pesquisa é aprofundar os estudos do setor para melhor entender como determinados fatores podem influenciar a performance, iremos avaliar as mudanças dos componentes que formam cada dimensão do IDSS 2016 no intuito de sinalizar algumas tendências de modificações na geração de novos dados dentro dos modelos de gestão de operadoras de saúde complementar exclusivamente de assistência médica.

O indicador de dimensão a atenção a saúde agora possui a nomenclatura de dimensão da qualidade em atenção à saúde, e agora contempla os seguintes itens:

- Proporção de Parto Cesáreo;
- Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos;
- Número de Consultas Médicas Ambulatoriais Seleccionadas por beneficiário com 60 Anos ou mais;
- Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças continua, mas com objetivos ampliados a seguir: estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a desenvolverem programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, contribuindo para a melhoria dos níveis de saúde da população beneficiária.

Observa-se ao ampliar este último a preocupação da ANS em programas de prevenção no intuito de diminuir os gastos operacionais assistenciais que tem sido o “gargalho” da OPS em gerenciar suas contas. Logo quando se previne, evita-se o gasto no futuro.

Os itens acima já os itens abaixo para a integrar a dimensão de garantia de acesso abaixo descrita e melhor analisada:

- Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica;
- Taxa de mamografia;
- Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário;
- Taxa de internação hospitalar
- Proporção de consulta médica em pronto socorro
- Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica
- Programa de Operadoras Apoiadoras (Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a colaborarem com a ANS e os prestadores de serviço em suas iniciativas de mudança de modelo assistencial, contribuindo para a melhoria da assistência obstétrica na população beneficiária).

Neste último, percebe-se além da colaboração a própria ANS, o suporte a rede credenciada evitando riscos do parto prematuro a da própria cirurgia cesariana.

Os indicadores de dimensão de garantia de acesso e dimensão de gestão de processos e regulação passaram a serem contempladas, substituindo as dimensões de estrutura e operação e satisfação dos beneficiários, e cada um possuem os seguintes componentes:

- a) Dimensão de Garantia de Acesso: além da inclusão dos indicadores citados acima que faziam parte da dimensão a atenção a saúde, fazem parte os itens abaixo:
- Dispersão de Procedimentos e Serviços Básicos de Saúde. Este fazia parte da dimensão estrutura e operação;
 - Dispersão da rede assistencial hospitalar. Este fazia parte da dimensão estrutura e operação;
 - Proporção de Beneficiários com pelo menos um Hospital Acreditado pelas entidades a seguir: ONA - Organização Nacional de Acreditação, por meio do manual próprio; CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação, por meio do manual da Joint Commission Internacional e IQG – Instituto Qualisa de Gestão, por meio do manual da Accreditation Canadá. (Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde buscar a qualificação da rede prestadora de serviços.

Fundamentado na A Resolução Normativa nº 277 de 2011 instituiu o atual Programa de Acreditação de Operadoras de Plano de Saúde. O mesmo surgiu no mercado brasileiro inspirado em modelos internacionais. Segundo a agência, o principal objetivo é "aumentar a qualidade da prestação dos serviços por meio de critérios de avaliação que possibilitam a identificação e solução de problemas por parte das operadoras de planos de saúde com mais consistência, segurança e agilidade". A verificação do atendimento aos padrões do Manual é um processo voluntário, através do qual o órgão avaliador vai conceder o reconhecimento a um plano de saúde que obedece a certos padrões ou critérios. Estes padrões são estabelecidos através de avaliações iniciais e periódicas e demonstram o compromisso do plano de saúde com a qualidade dos serviços oferecem e representa uma busca contínua da melhoria de

desempenho. Trata-se de uma verificação abrangente da qualidade e segurança assistencial do plano de saúde. Os principais benefícios da conformidade de um plano de saúde com os padrões do Manual podem ser listados da seguinte forma:

- a) Credibilidade do Plano de Saúde junto à população, órgãos de classe, agências governamentais, enfim com todos os segmentos envolvidos no negócio;
 - b) Diferencial mercadológico, em relação aos demais Planos;
 - c) Melhor utilização de seus serviços, através da educação dos beneficiários;
 - d) Diferenciação para captação e manutenção de profissionais e serviços;
 - e) Atendimento melhor às solicitações e determinações de agências reguladoras;
 - f) Parceria com seus beneficiários nas etapas dos cuidados;
 - g) Disponibilidade para elaboração de relatórios gerenciais;
 - h) Habitualidade em respeitar os direitos dos beneficiários.
- b) Dimensão de Gestão de Processos e Regulação: fazem parte os itens abaixo:
- Percentual de qualidade cadastral;
 - Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação;
 - Índice de Efetivo Pagamento do Ressarcimento ao SUS (As Operadoras de Plano de Saúde, em obediência ao princípio contábil da prudência, devem constituir uma Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar – PESL originados do ressarcimento ao SUS, frente à expectativa de obrigação que o lançamento de um Aviso de Beneficiário Identificado – ABI gera. Essa provisão, assim como as demais provisões técnicas, deve ser lastreada por ativos garantidores, que são recursos financeiros destinados a cobrir riscos, caso eles se traduzam em despesas. Com o objetivo de incentivar à adoção de boas práticas de governança, o índice de efetivo pagamento é utilizado para desobrigar as OPS de lastrear os riscos esperados, inerentes ao processo de ressarcimento ao SUS, na mesma proporção do resultado obtido com indicador).
 - Programa de Operadora Acreditada (Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a participarem do Programa de Acreditação de Operadoras de planos Privados de Assistência à Saúde).

No que se refere ao ressarcimento ao SUS o objetivo é induzir as operadoras a cumprirem os contratos com uma rede de prestadores de serviços adequada e qualificada.

Já em relação ao estímulo a adesão de operadoras em programas de acreditação, além do já descrito acima, espera-se ainda que no programa de acreditação de operadoras da ANS, a qualidade dos serviços colocados à disposição por uma determinada operadora seja confrontada com padrões de qualidade preestabelecidos.

Para tanto, a operadora será visitada pelo comitê de uma entidade acreditadora homologada pela ANS que fará a análise e a avaliação de indicadores, emitindo um parecer sobre o grau de conformidade encontrado. Caso a operadora seja aprovada, a certidão de acreditação será fornecida em níveis, de acordo com o padrão de qualidade encontrado, a partir de um padrão mínimo para aprovação. As entidades acreditadoras homologadas também terão que ser obrigatoriamente habilitadas pela Coordenação Geral de Acreditação do Inmetro (CGCRE) para conduzir o processo de acreditação nas operadoras de acordo com prazo

definido na RN 277 já citada. É importante conhecer alguns dos conceitos relacionados ao Programa de Acreditação de Operadoras da ANS, conforme listados a seguir:

- I. Certificação - A certificação é o processo pelo qual uma empresa, pessoa ou produto é aprovado com base em uma norma, regulamento ou padrão. Este processo é realizado por um Organismo de Certificação, acreditado por uma Autoridade Reguladora (INMETRO).
- II. Entidades Acreditoras - São pessoas jurídicas de direito público ou privado que receberam o certificado de acreditação emitido pela CGCRE do INMETRO e foram homologadas pela DIOPE.
- III. Certificado de Acreditação - Documento emitido pela Coordenação Geral de Acreditação -CGCRE do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO, reconhecendo formalmente que um organismo de certificação atende a requisitos previamente definidos e demonstra possuir competência para executar o Programa de Acreditação de OPS, em conformidade com todos os requisitos estabelecidos pela CGCRE do INMETRO e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS.
- IV. Homologação - Ato pelo qual a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE da ANS autoriza um organismo de certificação, com certificado de acreditação válido e emitido pela CGCRE do INMETRO, a atuar como entidade acreditadora das OPS.
- V. Certidão de Acreditação - Documento com prazo de validade, emitido por uma entidade acreditadora, após a aplicação do Programa de Acreditação em uma OPS, que estabelece em três níveis o padrão de qualidade encontrado, desde que alcançada uma pontuação final mínima.

A avaliação das entidades acreditadoras deve levar em consideração alguns pontos para a concessão da certidão de acreditação às operadoras de saúde, como a administração da operadora, sua estrutura e operação dos serviços de saúde oferecidos, o desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados, e o nível de satisfação de seus beneficiários.

O último indicador que até 2015 tinha a nomenclatura de indicador da dimensão econômico-financeira passou a ser denominado indicadores da dimensão sustentabilidade no mercado, ao qual Coriolano (2014) *apud* Costa (2017) já mencionava a necessidade de evolução, passando a contemplar os itens abaixo:

- Proporção de Beneficiários com Desistência no Primeiro Ano (Este item estava na extinta dimensão de satisfação dos beneficiários).
- Taxa de Fiscalização (Permite acompanhar e avaliar a atuação das operadoras de planos privados de assistência à saúde, além de compará-las e classificá-las em relação às demais operadoras quanto à resolução de demandas de reclamação de cunho assistencial e não assistencial).
- Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar (mede a capacidade de resolução das demandas assistenciais, sem a necessidade de abertura de processo administrativo).
- Recursos Próprios (Na dimensão antiga tinha a nomenclatura de patrimônio líquido ajustado por margem de solvência).

- Disponibilidade Financeira (comparação do total de ativos financeiros disponíveis, acrescido dos ativos registrados como depósitos judiciais de eventos e o total exigido de provisões técnicas).

Observa-se conforme Arraya (2015) uma maior preocupação quanto a solvência das OPS e percentuais de reclamações associadas a capacidade de resolução das mesmas.

5. CONCLUSÕES

O objetivo desta pesquisa foi mensurar por meio de uma análise comparativa de caráter quantitativo qual o modelo de gestão de operadoras de saúde suplementar exclusivamente de assistência médica apresentava melhor eficácia com base no IDSS. Neste sentido, entendemos que este objetivo não foi atingido em sua totalidade; pois diversas variáveis interferiram no resultado esperado. Sendo a análise destas variáveis com uma amostra maior de operadoras indicação de trabalhos futuros.

Entretanto podemos dizer que o trabalho contribuiu para maior entendimento do setor, ao confrontar os novos pesos e componentes do IDSS criado pela ANS no intuito de uma melhor regulação do setor, evitando que variáveis como as acima citadas interfiram de forma prejudicial ao sistema. Sendo esta maior regulação a grande tendência aqui vislumbra, ao qual também era objetivo desta pesquisa.

Percebe-se então que o setor como um todo, ainda é um vasto campo de estudo para melhor entendimento do melhor modelo de gestão a ser adotado conforme Alves (2014), que proporcione segurança financeira as operadoras e ao sistema, sem abrir mão de seu principal objetivo que é o perfeito acesso a saúde de forma ampla.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALVES, S. L. Alguns equívocos comuns sobre saúde suplementar. Revista Caderno de Seguros, Rio de Janeiro, v. XXXIV – nº 181, págs. 50-54, 2014.

ANDRADE, M.M. Introdução à metodologia do trabalho científico. 4ed. São Paulo: Atlas. 1999.

ARAÚJO, Ângela M. A Regulação do Mercado de Saúde Suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) /Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

ARAUJO, I. M. M. Direito a saúde: Aspectos do modelo neodesenvolvimentista brasileiro e privatização da saúde, Revista de Direito Sanitário, vol. 16, nº 1, p. 128-145, mar. /jun. 2015.

ARAYA, A. M. P.; CHUPEL, J. S; CARVALHO, D. R.; DELLAGASSA, M. R.; IOSHII, S. O. Sistema Inteligente para apoio em Auditoria de Contas Médicas. Journal of Health Informatics. v. 8, nº 2. 2016.

ANS (2016). Disponível em <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais> Acesso em 01 maio. 2016.

ANS (2016). Disponível em <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/demonstracoes-contabeis> Acesso em 19 maio. 2016.

ANS (2016). Disponível em <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao> Acesso em 13 maio. 2016.

ANS (2016). Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/apresentacao_ressarcimento_APAC.pdf Acesso em 28 maio. 2016.

ANS (2016). Disponível em <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTg3Nw> Acesso em 28 maio. 2016.

BAHIA, Ligia, COSTA, Antônio José Leal, FERNANDES, Cristiano et al. Segmentation of the demand of the plans and private insurances of health: an analysis of the information of PNAD/98. *Ciênc. Saúde coletiva*, 2002, vol.7, no.4, p.671-686. ISSN 1413-8123.

BENDIX, Reinhard. Concepts and generalizations in comparative sociological studies. *American Sociological Review*, Vol. 28, n. 4, Aug., p. 532-539, 1963.

BRASIL; ANS, 1998a. Resolução CONSU N. ° 14, publicada no D.O.U. n. ° 211 de 4 de novembro de 1998. Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades.

_____, 1998b. Resolução CONSU N. ° 5, publicada no D.O.U. n. ° 211 de 4 de novembro de 1998. Dispõe sobre a caracterização de Autogestão mediante a Lei n. ° 9656/98 e dentro do segmento supletivo de assistência à saúde no Brasil.

_____, 1998c. Resolução CONSU N. ° 2, publicado no D.O.U. n. ° 211 de 4 de novembro de 1998. Dispõe sobre a definição de cobertura às doenças e lesões preexistentes no inciso XII do artigo 35A e no artigo 11 da Lei n. ° 9656/98.

_____, 2000a. Resolução RDC N. ° 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

_____, 2000b. O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar. Série ANS - 1. Rio de Janeiro: ANS, Ministério da Saúde.

CORIOLOANO, M. S. A. Saúde privada no Brasil: O futuro chegou e pede reformas, *Revista Caderno de Seguro*, ano XXXII – nº 183, 2014.

COSTA, R. A. custos operacionais e tarifas tributárias: motivo de falência das operadoras de planos de saúde? *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Vol. 10 – nº 2. 2016.

DOGAN, M.; KAZANCIGIL, A. Strategies in comparative research in comparing nations. Oxford, Blackwell Publishers, 1994.

DOWNING, D.; CLARK, J. Estatística Aplicada. 7. ed. São Paulo: Saraiva. 2007.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas. 1999.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas. 2002.

LEAL, S. A. Saúde suplementar no Brasil. 1. Ed. Funenseg. 2015.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E.M. Técnicas de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas. 1999.

SARTORI, G. Compare why and how in Comparing nations. Oxford: Blackwell Publishers, 1994.

SILVA, A.C.R. da. Metodologia da pesquisa aplicada à contabilidade. 2. ed. São Paulo Atlas. 2006.

TILLY, Charles. Big structures, large processes, huge comparisons. New York: Russel Sage Fdtn., 1984.

VERGARA, S.C. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 4. ed. São Paulo: Atlas. 2003