

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ – PUCPR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPAD
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO
ESCOLA DE NEGÓCIOS

LEONARDO BARCHIK

QUALIDADE DA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA: O IDSS E SUA
RELAÇÃO COM A SINISTRALIDADE

CURITIBA

2023

LEONARDO BARCHIK

**QUALIDADE DA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA: O IDSS E SUA
RELAÇÃO COM A SINISTRALIDADE**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação
em Administração da Pontifícia Universidade Católica
do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de
Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. June Alisson Westarb Cruz.

CURITIBA

2023

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Edilene de Oliveira dos Santos CRB-9/1636

B242q 2023	Barchik, Leonardo Qualidade da saúde suplementar brasileira : o IDSS e sua relação com a sinistralidade / Leonardo Barchik ; Orientador: June Alisson Westarb Cruz. – 2023 [93] f. : il. ; 30 cm Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2023. Inclui bibliografias 1. Administração. 2. Saúde suplementar. 3. Administração em serviços de saúde. 4. Indicadores de saúde. 5. Qualidade da assistência à saúde. I. Cruz, June Alisson Westarb. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título CDD. 20. ed. – 658
---------------	--

TERMO DE APROVAÇÃO

QUALIDADE DA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA: O IDSS E A SUA RELAÇÃO COM A
SINISTRALIDADE

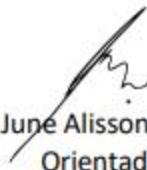
Por

LEONARDO BARCHIK

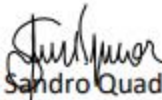
Dissertação aprovada e **30 de maio de 2023** como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Administração, área de concentração em Administração Estratégica, da Escola de Negócios da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.



Profª. Dra. Angela Cristiane Santos Póvoa
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Administração



Prof. Dr. June Alisson Westarb Cruz
Orientador



Prof. Dr. Alex Sandro Quadros Weymer
Examinador



Prof. Dr. Fernando Alberto
Examinador



Profª. Dra. Janice Alexandra da Costa Maciel
Examinadora

Dedico esta pesquisa a minha família, especialmente a minha mãe que sempre me incentivou e foi fortaleza nos momentos de fragilidade durante esta trajetória, ao meu pai (*in memoriam*) que desde pequeno disse que eu deveria estudar, oportunidade que ele não teve, mas que plantou a semente, afinal a educação muda o mundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a mim, que, com coragem, enfrentei este desafio, diante de dúvidas e incertezas, mas, sempre, confiante de que sou capaz e merecedor.

Minha mãe, Irene, por ser a fortaleza e referência de dedicação e persistência, a maior incentivadora na conquista desse e de outros desafios em minha vida, apoiando emocionalmente e racionalmente para conclusão desta trajetória.

Meu pai, Arnaldo, *in memoriam*, que não teve a oportunidade de estudar, mas que sempre valorizou a educação e incentivava a buscarmos o caminho dos estudos para nossas conquistas e realizações.

Minha irmã, Lisandra, por ser a amiga, acolhedora das angústias e das alegrias, e que em diversas vezes se dispôs a ajudar para que esta trajetória fosse exitosa.

Minha afilhada, Maria Eduarda, que soube entender as minhas ausências e me incentivava, com alegria e conversas aleatórias.

Meu cunhado, Kleber, que me apoiou desde o início, reforçando que valeria a pena todo o esforço.

Meu namorado, Caio, que entrou na minha vida quando eu achava que não havia espaço para um relacionamento versus mestrado, e desde sempre, sendo um fator motivador para a conclusão desta etapa.

Ao Dr. Juliano Gasparetto e ao Grupo Marista, que concederam a oportunidade de ter acesso ao mestrado e que deu o ponta pé inicial desta jornada.

Aos demais familiares, amigos e amigas, que entenderam as ausências e pelas palavras de incentivo me encorajando em todos os momentos.

Ao Prof. Dr. June Alisson Westarb Cruz, por sua orientação, dedicação, respeito, tempo e conhecimento, mostrando sempre o melhor caminho para a dissertação.

“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota”.

(Theodore Roosevelt)

RESUMO

O sistema de saúde no Brasil é formado por dois subsistemas: público e privado, este sistema representa 9,23% do PIB do país, sendo 56,97% advindos de recursos privados e 43,03% de recursos públicos. A saúde suplementar no Brasil possui mais de 50,4 milhões de beneficiários, que representa 25,2% de taxa de cobertura, as operadoras de planos de saúde, que compõem a saúde suplementar, são reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que em 2006 criou o Programa de Qualificação, utilizando como parte do processo de qualificação o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, o IDSS, composto por quatro dimensões. O IDSS varia de 0 a 1 e é divulgado anualmente pela ANS. Nesse sentido, a presente pesquisa, tem como objetivo identificar qual a relação existente entre os índices que compõem o IDSS e a sinistralidade nas operadoras de saúde suplementar no Brasil. A pesquisa figura como descritiva e exploratória, com uso de dados secundários, presentes em diversas fontes, submetidas a métodos de análise de dados quantitativos. Figura como objeto da pesquisa o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS. Os dados apresentam-se organizados em dois grupos, cada qual com sua abordagem de coleta e análise. Como resultado, percebe-se: o aumento no número de publicações ao longo dos últimos anos acerca da temática do IDSS; a redução do número de operadoras de planos de saúde com beneficiários em funcionamento no Brasil; o aumento no número de beneficiários; o aumento das receitas de contraprestações em compasso com o aumento das despesas assistenciais; o aumento significativo do índice de sinistralidade no ano de 2021 – apresentando um novo cenário após o advento da Pandemia de COVID-19; a maior concentração de operadoras ativas e de beneficiários nas modalidades “Cooperativa Médica” e “Medicina de Grupo”; a concentração de 69,5% do total de beneficiários das operadoras de planos de saúde nas 20 maiores operadoras em número de beneficiários; as melhores medianas o IDSS, da série histórica de 2011 a 2021, nas modalidades “Cooperativa Odontológica” com 0,7797 e “Cooperativa Médica” com 0,7509; a mediana de série histórica de “Todas as Operadoras” com 0,7159; a maior mediana do índice de sinistralidade, da série histórica, nas modalidades “Autogestão” e “Seguradora Especialidade em Saúde”; o baixo número de operadoras de planos de saúde com acreditação, representando apenas 2% do total de operadoras ativas; todas as 20 maiores operadoras com IDSS acima da mediana de sua modalidade; oito operadoras das 20 maiores apresentaram mediana do Índice de Sinistralidade inferior a mediana de suas modalidades, análise de regressão linear múltipla em 839 operadoras evidenciando a relação entre o IDSS, suas dimensões, a sinistralidade e possuir acreditação com coeficiente de correção $R^2 = 0,915$.

Palavras-chave: Saúde Suplementar no Brasil; Qualidade em Saúde; Gestão em Saúde; Índice de Desempenho da Saúde Suplementar.

ABSTRACT

The healthcare system in Brazil is composed of two subsystems: public and private. This system represents 9.23% of the country's GDP, with 56.97% coming from private resources and 43.03% from public resources. Private health insurance in Brazil has over 50.4 million beneficiaries, representing a coverage rate of 25.2%. Health insurance providers, which make up the private healthcare system, are regulated by the National Supplementary Health Agency (ANS). In 2006, the ANS created the Qualification Program, which includes the use of the Supplementary Health Performance Index (IDSS) as part of the qualification process. The IDSS consists of four dimensions, ranges from 0 to 1 and is disclosed annually by the ANS. The objective of this research is to identify the relationship between the indices that make up the IDSS and the claims ratio in supplementary healthcare operators in Brazil. The research is descriptive and exploratory, using secondary data from various sources subjected to quantitative data analysis methods. The object of the research is the Supplementary Health Performance Index - IDSS. The data is organized into two groups, each with its own approach to data collection and analysis. As a result, the following observations are made: an increase in the number of publications in recent years on the subject of IDSS; a reduction in the number of health plan operators with beneficiaries operating in Brazil; an increase in the number of beneficiaries; an increase in premium revenues in line with increased healthcare expenses; a significant increase in the claims ratio in 2021, presenting a new scenario after the advent of the COVID-19 pandemic; a higher concentration of active operators and beneficiaries in the "Medical Cooperative" and "Group Medicine" modalities; 69.5% of the total health plan beneficiaries concentrated in the 20 largest operators in terms of beneficiaries; the highest medians for IDSS in the historical series from 2011 to 2021 in the "Dental Cooperative" modality with 0.7797 and the "Medical Cooperative" modality with 0.7509; the median for the historical series of "All Operators" with 0.7159; the highest median for the claims ratio in the historical series in the "Self-Management" and "Health Specialty Insurer" modalities; a low number of health plan operators with accreditation, representing only 2% of the total active operators; all of the top 20 operators have an IDSS above the median for their modality; eight of the top 20 operators had a claims ratio median lower than the median for their modality, multiple linear regression analysis in 839 operators showing the relationship between the IDSS, its dimensions, the claims ratio and having accreditation with correction coefficient $R^2 = 0.915$.

Keywords: Supplementary Healthcare in Brazil; Healthcare Quality; Healthcare Management; Supplementary Health Performance Index.

LISTA DE EQUAÇÕES

Equação 1 – Índice de Desempenho da Dimensão – ID da Dimensão.....	39
Equação 2 – Caso a Dimensão tenha Indicador Bônus	39
Equação 3 – Caso a Dimensão tenha Indicador Pontuação Base	39
Equação 4 – Índice de Desempenho – IDSS da Operadora	39
Equação 5 – Caso a Operadora seja Acreditada	40
Equação 6 – Índice de Sinistralidade.....	46
Equação 7 – Índice de Reclamações por Beneficiários	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Níveis de acreditação conforme RN 507/2022	35
Figura 2 – Faixa de notas de avaliação do IDSS	37
Figura 3 – Rede de Citações por Referência	57
Figura 4 – Rede de Citações por Referência	57
Figura 5 – Rede de Keywords por Ano	58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do Número de Beneficiários em Planos Privados de Assistência Médica com ou sem Odontologia (2012-2022) – Brasil	21
Gráfico 2 – Evolução do Número de Operadoras de Planos de Saúde Ativas (2013-2022) – Brasil.....	25
Gráfico 3 – Número de Publicações por Ano.....	51
Gráfico 4 – Número de Citações por Artigo.....	53
Gráfico 5 – Distribuição de Operadoras de Planos Privados de Saúde Com ou Sem Odontologia por Modalidade.....	60
Gráfico 6 – Distribuição de Operadoras de Planos Privados de Saúde Com ou Sem Odontologia por Número de Beneficiários de acordo com sua Modalidade.....	61
Gráfico 7 – Ranking de IDSS por modalidades	62
Gráfico 8 – Distribuição de Beneficiários de Planos de Saúde entre as OPS e as 20 maiores (dezembro/22) – Brasil	64
Gráfico 9 – Evolução das Receitas de Contraprestações (em reais) das Operadoras de Planos de Saúde	70
Gráfico 10 – Evolução das Despesas Assistenciais (em reais) das Operadoras de Planos de Saúde de 2011 – 2021	72
Gráfico 11 – Evolução do Índice de Sinistralidade das Operadoras de Planos de Saúde de 2011 – 2021	75
Gráfico 12 – Desempenho do Índice de Sinistralidade por Modalidade (2011-2021)...	77
Gráfico 13 – Ranking da Mediana do Índice de Sinistralidade do período de 2011 a 2021 por Modalidade.....	78
Gráfico 14 – Distribuição das OPS com Acreditações entre as OPS ativas (dezembro/2022).....	87
Gráfico 15 – IDSS Observado e Predito pelo Modelo Definitivo	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Segmentação Assistencial.....	24
Quadro 2 – As definições dos atributos de qualidade	28
Quadro 3 - Quantidade de Dimensões, Requisitos e Itens por classificação para operadoras do segmento Médico-Hospitalar	30
Quadro 4 - Quantidade de Dimensões, Requisitos e Itens por classificação para operadoras do segmento Exclusivamente Odontológico.....	31
Quadro 5 - Quantidade de Dimensões, Requisitos e Itens por classificação para operadoras do segmento Autogestão	32
Quadro 6 - Itens não aplicáveis às operadoras exclusivamente odontológicas (OD).....	33
Quadro 7 - Itens não aplicáveis às operadoras Autogestão ⁵⁸	34
Quadro 8 – Dimensões do IDSS.....	36
Quadro 9 – Indicadores IDSS Ano-Base 2021.....	37
Quadro 10 – Avaliação da repercussão da Pandemia de COVID-19 em indicadores do IDSS ano-base 2020	42
Quadro 11 – Quadro geral de métodos de pesquisa	43
Quadro 12 – Quadro de OPS ativas e inativas por modalidades	44
Quadro 13 – Quadro operacional da pesquisa	49
Quadro 14 – Número de Citações por Ano	53
Quadro 15 – Número de Citações por Artigo.....	56
Quadro 16 – Mediana do IDSS de Todas as Operadoras e por Modalidade.	62
Quadro 17 – Mediana do IDSS e das Dimensões de Todas as Operadoras e por Modalidade	63
Quadro 18 – Relação das 20 Maiores Operadoras de Planos de Saúde em Número de Beneficiários (dezembro/2022)	64
Quadro 19 – Série Histórica do IDSS das 20 Maiores Operadoras de Planos de Saúde do Brasil (dezembro/2022)	67
Quadro 20 – Série Histórica das Receitas de Contraprestações das OPS por Modalidade (2011-2021)	71
Quadro 21 – Série Histórica das Despesas Assistenciais das OPS por Modalidade (2011-2021).....	73
Quadro 22 – Receitas de Contraprestações e Despesas Assistenciais do ano de 2021 das 20 maiores OPS	74

Quadro 23 – Série Histórica do Índice de Sinistralidade das OPS por Modalidade (2011-2021).....	76
Quadro 24 – Série Histórica do Índice de Sinistralidade das 20 Maiores Operadoras de Planos de Saúde do Brasil (dezembro/2022).....	80
Quadro 25 – Série Histórica do Índice de Reclamações por Beneficiário das OPS por Modalidade (2011-2021).....	83
Quadro 26 – Série Histórica do Índice de Reclamações por Beneficiários das 20 Maiores Operadoras de Planos de Saúde do Brasil (dezembro/2022).....	85
Quadro 27 – Número de Acreditações Vigentes (dezembro/2022) por Modalidade	88
Quadro 28 - Análise descritiva das variáveis e valor de significância da correlação entre às variáveis e a mediana do IDSS.....	89
Quadro 29 - Modelo de regressão linear múltipla para estimar a mediana do IDSS das operadoras de saúde.....	90
Quadro 30 – Relação das Medianas do IDSS, suas Dimensões, Índices de Sinistralidade e Reclamações, e Acreditações das 20 Maiores Operadoras de Planos de Saúde do Brasil	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACP – Planejamento Antecipado de Cuidados (do Inglês, *Advance Care Planning*)
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ASQ – Sociedade Americana de Qualidade (do Inglês, *American Society for Quality*)
- BRL – Reais Brasileiros
- DP – Desvio Padrão
- IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão
- ICR – Índice de Capital Regulatório
- IDAS – Índice de Desempenho à Atenção à Saúde
- IDEF – Índice de Desempenho Econômico-Financeiro
- IDEO – Índice de Desempenho da Estrutura e Operação
- IDGA – Índice de Desempenho da Garantia de Acesso
- IDGR – Índice de Desempenho da Gestão de Processos e Regulação
- IDQS – Índice de Desempenho da Qualidade em Atenção à Saúde
- IDSB – Índice de Desempenho da Satisfação dos Beneficiários
- IDSM – Índice de Desempenho da Sustentabilidade no Mercado
- IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
- IGR – Índice Geral de Reclamações
- INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- IOM – Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (do Inglês, *Institute of Medicine*)
- IQR – Intervalo Interquartil
- ISO – Organização Internacional de Normalização (do Inglês, *International Organization for Standardization*)
- JCI – *Joint Commission International*, organização acreditadora dos Estados Unidos da América que atua a nível mundial
- NBR – Norma Brasileira
- ND – Não Divulgado, ausência de dados de determinada operadora de plano de saúde ou modalidade
- NIP – Notificação de Intermediação Preliminar
- NQMRS – Sistema Nacional de Medição e Relatórios de Qualidade (do Inglês, *National Quality Measurement and Reporting System*)
- NTRP – Nota Técnica de Registro de Produto

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

OPS – Operadora de Plano de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PIN-SS – Portal de Informações do Beneficiários da Saúde Suplementar

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

RDC – Resolução de Diretoria Colegiada

RN – Resolução Normativa

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SIB – Sistema de Informação do Beneficiário

SUS – Sistema Único de Saúde

TABNET – Tabulador genérico de domínio público desenvolvido pelo DATASUS para gerar informações das bases de dados do Sistema Único de Saúde

TISS – Troca de Informações da Saúde Suplementar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	18
1.2	DEFINIÇÃO DO OBJETIVO GERAL	18
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
1.4	JUSTIFICATIVA DA PESQUISA.....	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	20
2.2	QUALIDADE EM SAÚDE	26
2.3	ÍNDICE DE DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR (IDSS)	35
3	METODOLOGIA.....	43
3.1	CARACTERIZAÇÃO DE PESQUISA.....	43
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	44
3.3	CÁLCULO DA SINISTRALIDADE	45
3.4	CÁLCULO DO ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES POR BENEFICIÁRIOS	46
3.5	LEVANTAMENTO BIBLIOMÉTRICO	47
3.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	48
3.7	DESCRIÇÃO OPERACIONAL DA PESQUISA	49
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	50
4.1	ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA	50
4.2	ANÁLISE DOS RESULTADOS DO IDSS DAS OPERADORAS INCLUÍDAS NESTE ESTUDO	59
4.3	ANÁLISE DO IDSS, DOS DEMONSTRATIVOS FINANCEIROS E DA SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DAS OPS	70
4.3.1	<i>Análise da Regressão Linear Múltipla</i>	<i>88</i>
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97

1 INTRODUÇÃO

Com um território de 8,5 milhões de quilômetros quadrados e uma população estimada em mais de 214 milhões de habitantes (1), o Brasil possui um sistema de saúde embasado pela Constituição Federal de 1988, que prevê a saúde como um direito de todos os brasileiros. Dividido em dois subsistemas, o público, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão do Estado, e o privado, onde se encontra a saúde suplementar e os serviços particulares autônomos (2; 51; 52).

A Saúde Suplementar no país tem origem após a Revolução Industrial, quando surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPs. Na década de 1960, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) nasce da unificação dos IAPs, período em que o credenciamento de prestadores de serviços privados de saúde foi aumentando, levando a expansão o setor privado de saúde no Brasil (2).

O início da década de 1970 é marcado pela propagação dos planos de saúde privados, oriundos de uma prática de descontos no imposto de renda para as empresas privadas que ofereciam para seus funcionários assistência médica, expandindo, também, a oferta de cuidados médicos (3). Considerado um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo (4), a despesa do setor saúde representou em 2021, 9,47% do PIB, composto por 52,87% vindos do sistema privado e 47,13% do público (5).

Criada em 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde. Cabe a ANS promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras de planos de saúde, incluindo suas relações com os prestadores e com os consumidores (6; 52).

Em 2006, é criado o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, parte da política de qualificação da saúde suplementar. Criada para construir um mercado de saúde suplementar com os princípios da qualidade, a integridade e a resolutividade, focada na produção de saúde, com ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (7).

O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar é dividido em duas avaliações: I) Avaliação das Operadoras ou Qualificação das Operadoras; e II) Avaliação de Desempenho da ANS ou Qualificação Institucional. A qualificação institucional avalia os processos de trabalho da ANS e seus reflexos no campo da saúde suplementar (8). A qualificação das operadoras é realizada por meio de avaliação de um conjunto de atributos quanto ao seu desempenho (7).

Esta última avaliação é representada pelo IDSS, Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, foco deste projeto de pesquisa. O IDSS, desde 2015, é um agrupamento de

indicadores de qualidade distribuídos em quatro dimensões: I) Atenção à Saúde (IDQS); II) Garantia de Acesso (IDGA); III) Sustentabilidade de Mercado (IDSM); e IV) Gestão de Processos e Regulação (IDGR) (4; 7).

Diante da importância, econômica e social, da Saúde Suplementar no sistema de saúde do Brasil e o empenho da ANS em regulamentar serviços de qualidade para a população e avaliar periodicamente o desempenho das operadoras, apresenta-se a seguir o problema de pesquisa, seus objetivos, justificativas, referenciais teóricos e metodologia (7).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Este estudo acerca do tema do Indicador de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), como parte de um progresso de investigação do campo de estratégias organizacionais, tem como propósito responder a seguinte questão: *Qual a relação entre a sinistralidade da operação assistencial e a qualidade da operadora de saúde suplementar?*

1.2 DEFINIÇÃO DO OBJETIVO GERAL

O presente trabalho, tem como objetivo central, identificar qual a relação existente entre os índices que compõem o IDSS e a sinistralidade nas operadoras de saúde suplementar no Brasil.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A seguir são apresentados os objetivos específicos da presente proposta de pesquisa:

- a. Analisar levantamento bibliométrico e socio métrico a respeito da temática do IDSS;
- b. Analisar os resultados do IDSS das Operadoras de Planos de Saúde no Brasil no período de 2011 a 2021;
- c. Identificar a relação entre as dimensões do IDSS e os demonstrativos financeiros das Operadoras de Planos de Saúde no período de 2011 a 2021;
- d. Analisar a relação entre a satisfação dos beneficiários e a sinistralidade das Operadoras de Planos de Saúde no período de 2011 a 2021.

1.4 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

O presente projeto de pesquisa, se justifica por duas grandes perspectivas: a primeira, de característica teórica, visará contribuir no estudo das estratégias organizacionais, de modo mais direto ao sistema privado de saúde, ao estimular as boas práticas de assistência à saúde que impactam diretamente os beneficiários de operadoras de planos de saúde, e a importância do gerenciamento da agência reguladora no sistema de saúde do país.

Em dezembro de 2022, havia 933 operadoras de planos de saúde de assistência médica com ou sem odontologia, consideradas ativas pelas ANS e com beneficiários. Estas operadoras atendem 50.409.611 beneficiários, seja por planos privados de assistência médica com ou sem odontologia, isto representa 25,2% da população brasileira (4; 52).

A segunda perspectiva do estudo, de forma prática, analisará a relação entre a qualidade da operadora, por meio dos resultados do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar e os índices que compõem as quatro dimensões do IDSS, com a sinistralidade, que é a medida entre as despesas e a receita das operadoras de saúde suplementar (9).

A ANS aponta que o IDSS possibilitou sinergia entre os programas da própria agência, maior poder de comparação de desempenho entre as operadoras, foco em indicadores de qualidade, ampliação de subsídios às políticas regulatórias e usabilidade de linguagem adequada para o público leigo (4).

Em síntese, o impacto que a prestação de serviços de saúde tem para a população e a competitividade entre as operadoras privadas de planos de saúde, nos apresentam um relevante conjunto de aspectos a serem pesquisados como contributo para estudos de estratégias organizacionais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo, apresenta de forma sistemática, as principais abordagens teóricas acerca dos temas que fundamentam a proposta de pesquisa, por meio dos seguintes tópicos: Saúde Suplementar no Brasil; Qualidade em Saúde; Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

2.1 SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A saúde suplementar compõe um dos dois subsistemas, do sistema de saúde no Brasil, se de um lado temos o setor público, representado pelo SUS, do outro lado, o setor privado, com a saúde suplementar e o subsetor liberal clássico. O SUS é um sistema universal de saúde com financiamento público, com participação da gestão pública, em especial a esfera federal, com integração entre as diferentes esferas, como a estadual e municipal (2; 51).

A Constituição Federal de 1988 declara a saúde como dever do Estado, mas libera para a iniciativa privada, especificamente no artigo nº 199 (18). A regulamentação inicia-se oficialmente com a Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998, 10 anos após a promulgação da constituição. A regulamentação das operadoras de planos de saúde, que compõem a saúde suplementar, passa a ser exercido pela ANS, com a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (51).

Para que não se tenha confusão, a saúde suplementar não se refere a todo setor privado de saúde no Brasil. Completa esse subsistema de saúde, o subsetor liberal clássico, o qual é composto pelos serviços particulares autônomos, no qual os profissionais estabelecem a relação diretamente, como as condições de tratamento e de remuneração. Estes serviços particulares constroem sua própria clientela, que é captada informalmente (2).

De acordo com a Lei nº 9.656 de 1998, a operadora de plano de assistência à saúde é “pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato” com planos de saúde (32). Criada em 12 de fevereiro de 2001, a Lei nº 10.185, estabelece sobre as sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde, que, também, fica subordinada às normas e fiscalizações da ANS. Enquadra-se o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora como operadora de plano de assistência à saúde (33).

A Lei nº 9.656 de 1998, define plano privado de assistência à saúde como:

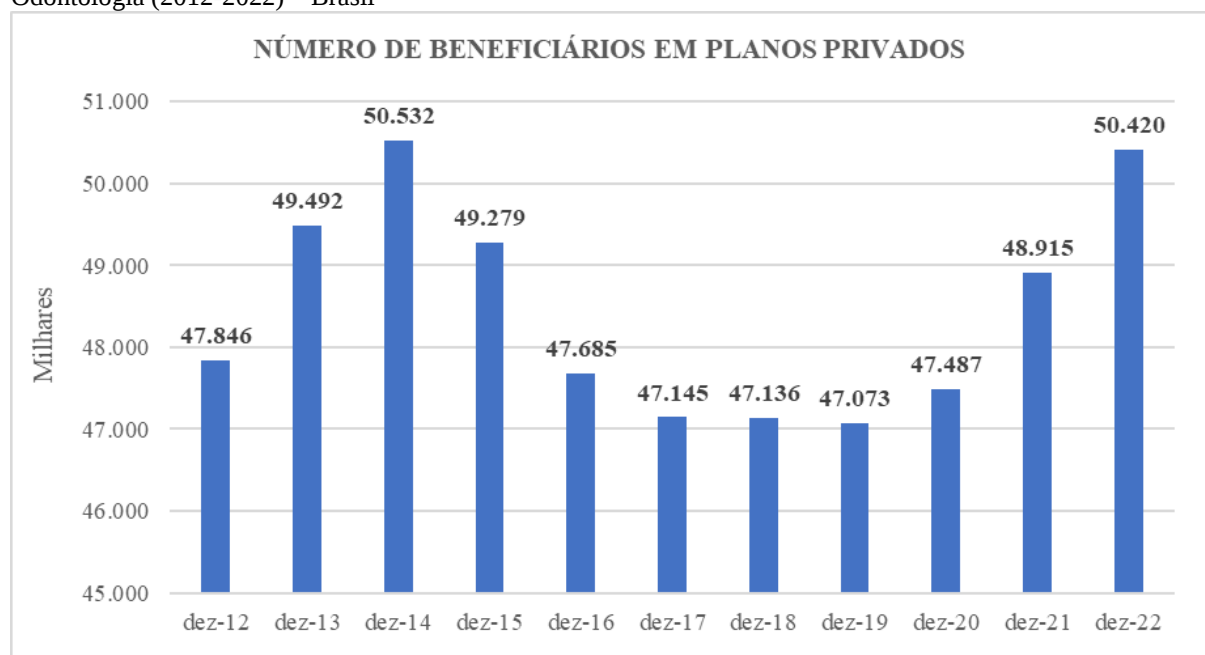
Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por

profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (32).

O termo complementar significa, dentre outras definições, que serve de suplemento ou de auxílio, nesse sentido, os beneficiários entram no sistema da saúde complementar a partir de pagamento (17), seja de mensalidades ou outro tipo de acordo financeiro. Portanto, estes beneficiários, além de contribuírem por meio de impostos, que custeiam o Sistema Único de Saúde, desembolsam capital adicional para acesso à saúde (2). Assim, ao ser assistido por uma operadora de plano de saúde, o indivíduo é resguardado pela constituição, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido [...] acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (18).

O Gráfico 1, a seguir, apresenta a evolução do número de beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia (em milhares) no Brasil:

Gráfico 1 – Evolução do Número de Beneficiários em Planos Privados de Assistência Médica com ou sem Odontologia (2012-2022) – Brasil



Fonte: (70).

Observa-se o crescimento contínuo no número de beneficiários de planos de saúde desde dezembro de 2020, com destaque para dezembro de 2022, quando a marca atingiu o melhor resultado (desde dezembro de 2014, considerado o maior número de beneficiários em planos privados da história da ANS. A segmentação com maior crescimento foi dos planos de saúde

exclusivamente odontológicos, com aumento de mais de 2 milhões de beneficiários em relação a dezembro de 2021(59).

A assistência à saúde no Brasil, numa perspectiva institucional, é constituída por dois segmentos. O primeiro deles é o público-estatal, no qual o acesso é universal, gratuito e igualitário, com base em uma concepção de direito à saúde consagrado constitucionalmente. O outro é o segmento privado, no qual o acesso se dá em razão do poder de compra ou da inserção privilegiada no mercado de trabalho, caso em que o acesso à assistência é intermediado e financiado, total ou parcialmente, pelo empregador. Ao contrário da assistência pública, a assistência de caráter privado caracteriza-se pela diferenciação das características do produto, que se adquire em um mercado altamente competitivo e diversificado, embora concentrado geograficamente, tanto pelo lado da oferta quanto pelo da demanda (19).

O sistema de saúde brasileiro é composto por três subsetores, entre eles o subsetor da saúde suplementar, um guarda-chuva que abrange as apólices de seguro, subsídios fiscais e os planos privados de planos de saúde. Os outros dois subsetores são: o subsetor público, de responsabilidade do Estado, nos três níveis - federal, estadual e municipal; e por fim o subsetor privado, com financiamento de recursos públicos e privados, podendo ser com ou sem fins lucrativos (3).

Quanto à regulação deste setor, diferente de outros países, o modelo de regulação do setor de saúde suplementar brasileiro atua com destaque para o produto oferecido, sobre a assistência à saúde, proibindo a seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos (2). A saúde suplementar atualmente, segundo a ANS, é composta por planos privados de saúde médico-hospitalares com ou sem odontologia, seguradoras e os prestadores de serviço de assistência à saúde (4).

O objetivo da regulação se dá para corrigir falhas de mercado, presente em diversos setores da economia, não apenas na saúde suplementar, fato que ocorre quando interfere no bem-estar social. Quando os interesses do mercado não conduzem para um bem comum. Ponto de destaque na regulação do setor da saúde, é a assimetria de informação, quando uma parte, neste caso, as operadoras de planos de saúde, detém mais informações que a outra, os beneficiários, correndo risco de gerar vantagens apenas para um dos lados (26).

Estreitamente conectados, a saúde suplementar e o Sistema Único de Saúde, necessitam que as regulações sociais – assistencial, dos consumidores e da qualidade, sejam planejadas e executadas conjuntamente, para manter a homogeneidade e lógica da política de saúde para todo o país, a fim de reduzir as diferenças nas ações estabelecidas. As regulações propostas pela ANS, sejam assistenciais, de qualidade, relacionadas aos diretamente aos beneficiários, ou administrativas, demonstram serem importantes para que a saúde suplementar se mantenha

segura, equilibrada, monitorada – seja por ferramentas de controle, como pelo IDSS, sustentável e instigada a melhorar sua qualidade (34).

Opera por mais de uma tipologia corporativa de pessoa jurídica, chamadas de modalidades, constituída, segundo a RN nº 531 de 2022, por: cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, odontologia de grupo, filantropia e medicina de grupo (30). Foram retiradas as modalidades: administradora, seguradora especializada em saúde, autogestão por RH e autogestão, dispostas pela revogada RN nº 39 de 2000 (29). As instituições de saúde suplementar firmam contratos de prestação de serviços com seus beneficiários, instrumento de relação entre ambos, onde protegem os usuários do custo direto frente ao risco adoecimento e por meio do princípio do mutualismo (25).

Uma das características da saúde suplementar brasileira é a sua relação com o nível de empregabilidade do país, visto que a predominância dos contratos está concentrada nos planos de saúde coletivos, vinculados às organizações, as quais os indivíduos possuem vínculo empregatício. Destaca-se no cenário nacional, o sistema cooperativo Unimed, criado em 1975, que possui 270 instituições privadas de saúde, com mais de 17 milhões de beneficiários, considerada uma das maiores cooperativas de saúde a nível mundial (25).

As relações entre operadoras e consumidores possui atenção da ANS, que tem como suas principais funções a defesa do interesse público na assistência da saúde suplementar, contribuir para o desenvolvimento de ações de saúde no Brasil (26). A ANS tem se dedicado para trazer clareza no setor, com foco aos beneficiários, a Resolução Normativa nº 509 de 2022, abrange a transparência das informações e a obrigatoriedade da disponibilização de um conteúdo mínimo estabelecido de informações sobre os planos de saúde (27).

A RN nº 509 de 2022, estabelece que as operadoras de planos privados de saúde disponibilizem em seus sites o PIN-SS, Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar. Este portal consiste em um repositório digital, com informações individualizadas referentes ao beneficiário, tanto titular quanto dependente, abrangendo: I) Componente Cadastral, e; II) Componente de Utilização dos Serviços, este último, contendo os eventos reconhecidos pela operadora, em rede própria, credenciada, referenciada, fora da rede para casos de reembolso, independente da ocorrência de glosa (27). O consumidor terá acesso ao registro das consultas, internações, exames e seus respectivos valores (28).

A população brasileira pode contratar os serviços dos planos privados de saúde de acordo com os tipos de cobertura assistencial, a fim de atender suas necessidades, estes tipos de coberturas assistenciais e sua composição, são definidas pela ANS como segmentação do plano (30). Atualmente, são comercializados os segmentos: ambulatorial, hospitalar sem

obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, exclusivamente odontológico, referência, ambulatorial + odontológico, ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia + odontológico, hospitalar com obstetrícia + odontológico, ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico, e, ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico. Para cada segmentação do plano há uma lista de procedimentos com cobertura obrigatória, esta lista é denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, revisado bianualmente pela ANS (31).

Quadro 1 – Segmentação Assistencial

Tipo de Cobertura	Características da Cobertura
Ambulatorial	Garante a prestação de serviços que compreendam as consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e procedimentos ambulatoriais. Os atendimentos de emergência estão limitados até as primeiras 12 horas do atendimento. Os procedimentos que compõem o Rol da cobertura hospitalar são de responsabilidade do beneficiário, mesmo que realizado na mesma unidade de prestação de serviços e em tempo menor que 12 horas.
Hospitalar sem obstetrícia	Garante os serviços prestados em regime de internação hospitalar, com exceção da atenção ao parto. Não há limite de tempo de internação, conforme a legislação vigente. Os atendimentos de emergência realizados nos períodos de carência, deverá abranger a cobertura igual àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo a internação além das 12 horas iniciais.
Hospitalar com obstetrícia	Garante, além dos serviços prestados em regime de internação hospitalar, a atenção ao parto, estendendo a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do contratante, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto. Os atendimentos de emergência decorrentes da condição gestacional de pacientes ainda em período de carência, a operadora deverá abranger cobertura igual àquela fixada para o plano do segmento ambulatorial, não garantindo a internação além das 12 horas iniciais.
Referência	Engloba assistência médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria. Os atendimentos de emergência devem ser integrais após as 24 horas da sua contratação, conforme estabelecido pela Lei nº 9.656/98.
Exclusivamente Odontológica	Garante assistência odontológica, incluindo consultas, exames, atendimentos de urgência e emergências odontológicas, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos realizados em ambiente ambulatorial solicitados pelo cirurgião-dentista, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

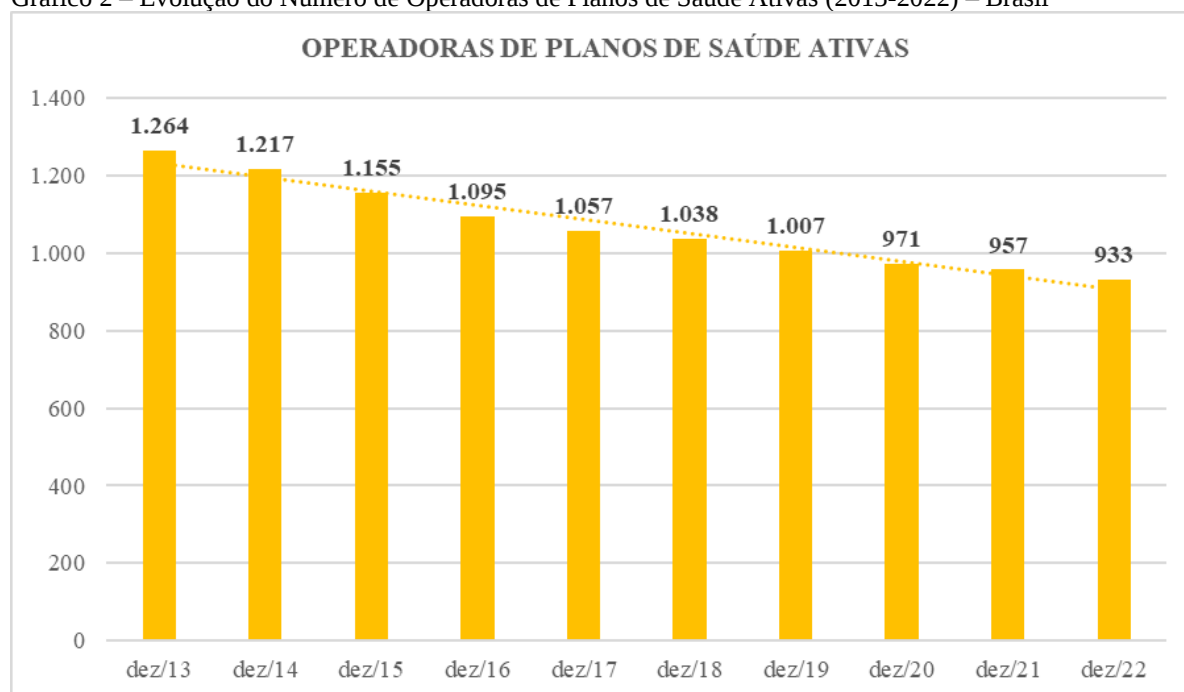
Fonte: (31).

Mesmo com a regulação do setor da saúde suplementar, este apresenta pontos de atenção em seu funcionamento a longo prazo, a concentração de mercado, o alto número de entradas e saídas de planos em atividade, influenciando as futuras tomadas de decisões (26). Outro movimento a ser considerado, é a verticalização dos planos dos serviços de saúde. Processo que torna mais viável, quando os custos com a rede própria passam a ser inferiores aos custos da rede credenciada, propiciando controle sobre as informações clínicas de seus beneficiários, de

maneira mais efetiva, contribuindo para abordagens de medidas preventivas de promoção à saúde. Porém, com a verticalização, a operadora de plano de saúde não pode descontinuar o uso da rede credenciada, pois a cobertura do plano contratado pelo consumidor deve ser integralmente atendida (35).

O Gráfico 2, a seguir, apresenta a evolução do número de operadoras de planos de saúde ativas com beneficiários no Brasil:

Gráfico 2 – Evolução do Número de Operadoras de Planos de Saúde Ativas (2013-2022) – Brasil



Fonte: (67).

Estudos apontam uma tendência de redução do número de operadoras de planos de saúde ativas no cenário brasileiro, decorrente de movimentos de fusões e aquisições de empresas de forma dinâmica e recorrente, transformando o mercado de saúde suplementar no país. Estes estudos apresentam, além da redução do número de OPS ativas, um aumento no número de beneficiários e de um alto *market share* de organizações líderes de mercado (58). A linha de tendência sinaliza o movimento de concentração de mercado, como destacado, ao longo dos anos.

Para esta pesquisa, o entendimento do contexto da Saúde Suplementar no Brasil guiará a relação de prestação de serviços, execução dos serviços e a perspectiva de qualidade que impactam a sinistralidade das operadoras, por meio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar.

2.2 QUALIDADE EM SAÚDE

A definição de Qualidade é frequentemente argumentada como subjetiva e abstrata, pois o que pode ser considerado qualidade para um, pode não ser assumido como tal para outro. Também, seguindo este pensamento, classificada como de difícil forma de avaliar e mensurar. Qualidade tem implicações práticas para a conformidade de sistemas de gestão e de projetos de melhoria da qualidade, tornando a definição como essencial para mensurar e comprovar se houve a melhoria. No caminho de definições acerca de Qualidade, destaca-se a da NBR ISO 9000:2015, “qualidade é o grau no qual um conjunto de características inerentes satisfaz a requisitos” (12).

Para Crosby, “a qualidade é a conformidade com os requisitos”, parte do pressuposto de que as especificações e requisitos já foram desenvolvidos, parte-se para a conformidade com esses requisitos. Juran afirma que “qualidade é adequação ao uso”. Para W. Edwards Deming, considerado o especialista em qualidade mais conhecido do mundo, “boa qualidade significa um grau previsível de uniformidade e confiabilidade com um padrão de qualidade adequado ao cliente” (13).

A qualidade não diz respeito a apenas um requisito, a um aspecto isolado, mas sim, a um conjunto de elementos ou atributos que compõem o produto, ou no caso da saúde, de um serviço. Seguindo o recorte para a área de saúde, a qualidade é um conceito abstrato de instrumentalização complexa, difícil, em razão de que não é fácil a mensuração do que é um serviço de saúde “bom” ou “ruim” (53). Na prestação de serviços de saúde, desde o âmbito ambulatorial quanto hospitalar, o paciente é o desfecho de um serviço de qualidade “ruim”, as consequências recaem sobre o cliente, neste caso (36; 53).

Considerando as diversas definições sobre qualidade e recortando para a área de saúde, estas se caracterizam por interpretações diferentes, do que realmente representa satisfazer as necessidades de assistência à saúde dos indivíduos que recebem os serviços. Buscando convergências das definições, torna-se claro que a qualidade não depende de um único fator, mas de vários componentes, dimensões e atributos (39).

Deming destaca a importância do cliente que usará o produto, de forma que sua definição se aproxima a esta proposta de pesquisa, quando o objeto estudado é o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, índice resultante de requisitos e que compõem o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Contribui para esta proposta, a definição da *American Society for Quality* (ASQ): “qualidade denota excelência em bens e serviços, especialmente na medida em que atendem aos requisitos e satisfazem os clientes” (13).

Para se entender as definições de qualidade em sistemas, serviços ou processos de saúde se faz importante conhecer o conceito apresentado por Avedis Donabedian, médico formado pela Universidade Americana em Beirute, no Líbano, migrando para os Estados Unidos onde trabalhou como professor e pesquisador na Universidade de Michigan e na Escola de Medicina de Nova York. Donabedian é conhecido por ser exemplo prático de suas teorias (14).

Qualidade do cuidado é o tipo de atendimento que se espera maximizar uma medida do bem-estar do paciente, depois de se levar em consideração o equilíbrio dos ganhos e perdas esperados ligados ao processo de assistência em todas as suas partes (14).

O autor complementa de forma mais sucinta que qualidade é a capacidade de se alcançar os objetivos desejáveis (15). Em 1990, Donabedian publicou o livro *The Seven Pillars of Quality* (Os Sete Pilares da Qualidade), a partir desta obra, são descritas as dimensões da qualidade, presentes até hoje, como parâmetros para a análise e avaliação dos serviços de saúde, incluindo as instituições acreditadoras como *Joint Commission International* (JCI) e Organização Nacional de Acreditação (ONA) (14).

As sete dimensões da qualidade são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Heleno Costa Junior, entusiasta de Donabedian, diante de suas experiências, formula um novo conceito:

Qualidade em saúde é o resultado compartilhado e harmônico do conjunto de atitudes e práticas de um indivíduo, orientadas por construção de políticas e instrumentos coletivos, que condicionam mudanças ou adequações positivas em um processo ou atividade de um sistema ou de um serviço de saúde (14).

A palavra indivíduo, usada por Heleno, considera a participação e envolvimento não só dos profissionais dos serviços de saúde, mas também os usuários, clientes e pacientes (14). Pode-se conectar esta definição com a de Deming, onde a qualidade existe e está diretamente relacionada ao cliente.

No Brasil, a Portaria nº 529 de 2013, do Ministério da Saúde, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP, aplicável a todas as instituições de saúde. O PNSP tem por objetivo contribuir com a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde que atuam no Brasil, sejam públicos ou privados (38). Após a promulgação da portaria, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária divulga o “Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, o qual apresenta os atributos de qualidade, descrito no Quadro 2. O PNSP prevê a elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente, monitoramento das ações por meio de indicadores, assim como o uso de protocolos e diretrizes clínicas. Fortalece a comunicação de incidentes na assistência prestada (37).

Quadro 2 – As definições dos atributos de qualidade

Atributos	Definição
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: (37).

A Organização Mundial da Saúde – OMS, reconhece que uma definição de qualidade universal foi aceita, embora haja entendimento comum de conceitos básicos e dimensões da definição. Diante deste cenário, a OMS abraça a definição do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM), por este estabelecer um objetivo básico de influenciar positivamente os resultados em saúde (17). Portanto, a definição de qualidade é:

A medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais (37).

Para a OMS, os desfechos dos serviços de saúde de qualidade “ruim”, são entendidos e estudados como “incidente”, definido como “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente” (37). “Dano” é descrito como “comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se, doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico” (37).

O desafio é como alcançar uma assistência à saúde de qualidade. Ao assegurar a qualidade, se tem resultados positivos para todo o sistema de saúde, garante a proteção do paciente, permitindo acesso aos recursos e métodos apropriados e seguros e que não irão colocá-lo em risco, por complicações evitáveis. Se atingida a qualidade assistencial, torna evidente que os profissionais da saúde atuam e seguem padrões internacionais de competência (36). Não se aplica apenas ao sistema de saúde brasileiro, mas em vários sistemas de saúde pelo mundo, o desafio da assistência hospitalar, além da busca pela garantia da qualidade da atenção e da segurança do paciente, inclui o controle de custos, a provisão de acesso a cuidados abrangentes e a inserção do corpo médico na resolução de problemas (3).

Cabe destacar que, na saúde suplementar, com o processo de verticalização de serviços de saúde, nas operadoras privadas de assistência à saúde, desponta positivamente, a melhora da qualidade na prestação dos serviços, tendo vista, que estes, são oferecidos pela própria operadora, possibilitando um sistema integrado, contínuo e centrado nas necessidades dos seus beneficiários (35; 54). A ANS, reguladora do setor, possui grande desafio em aprimorar a qualificação das operadoras para que atuem como gestoras de saúde, pautadas em ações no acesso facilitado, na qualidade do atendimento, integral e resolutivo para as necessidades de saúde de seus beneficiários (34).

As creditações hospitalares são sistemas de avaliação externa dos serviços de saúde, que possui propósito de educação continuada, focado na melhoria contínua e independente, sem finalidade da fiscalização ou controle governamental. As instituições que atendem aos requisitos propostos nos manuais das creditações, recebem uma certificação de qualidade. Adotar uma metodologia de creditação hospitalar propicia a realização de ciclos de melhorias para o setor saúde, que são refletidos diretamente no atendimento aos pacientes (36).

Criada em 1999, a ONA é uma creditação nacional, responsável pelo desenvolvimento e gestão dos padrões brasileiros de qualidade e segurança em saúde, a organização representa 80% das instituições acreditadas no país, possui ao total de 1.032 certificações concedidas, sendo 381 só para hospitais (41), seu maior volume, o que representa 5,73% do total de hospitais existentes no Brasil (6.642) (41).

As iniciativas da OMS, promovidas pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária para a garantia da qualidade e da segurança do paciente, ainda possui baixa adesão, tal conclusão se dá pela estimativa da ocorrência de eventos adversos (que causaram danos ao paciente) evitáveis nos hospitais é alta, com destaque para as infecções hospitalares e erros com medicamentos. Como visto anteriormente, a quantidade de hospitais que se submeteram ao processo de creditação é baixa, devido a carência de incentivos e políticas governamentais firmes para a melhoria da qualidade (3). O advento das portarias nº 529 de 2013 e a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 36 de 2013 buscam mudar este cenário (38; 43; 54).

Em movimento, a ANS institui pela RN nº 277 de 2011, o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, a fim de incentivar a melhoria contínua na qualidade assistencial da saúde suplementar. Em 2022, a ANS promulga a RN nº 507, que alterou a RN nº 277 de 2011, porém, cabe destacar que as certidões de creditação emitidas no âmbito da RN nº 277/2011 serão válidas até o término do prazo concedido pela Entidade Certificadora (55; 56).

O programa é uma certificação de boas práticas em gestão organizacional e em gestão em saúde, com objetivo de qualificar a prestação de serviços, induzindo a mudanças no modelo de atenção à saúde, visando uma melhor experiência para o beneficiário. Com adesão voluntária, a certificação é conferida por uma Entidade Acreditadora, reconhecida pelo Inmetro, às operadoras que cumprirem com os requisitos estabelecidos no Anexo III da RN nº 507/2022 (56), conforme Quadro 3, Quadro 4, Quadro 5, Quadro 6 e Quadro 7, a seguir:

Quadro 3 - Quantidade de Dimensões, Requisitos e Itens por classificação para operadoras do segmento Médico-Hospitalar

Dimensão	Dimensão e Requisitos	Quantidade de Requisitos	Itens	Total de Itens	Itens Essenciais	Itens Complementares	Itens de Excelência
1. Gestão Organizacional							
8 Requisitos	1.1 Planejamento e Gestão Estratégica	8	7	78	4	2	1
	1.2 Sistema de Governança Corporativa		17		8	4	5
	1.3 Política de gestão de pessoas e desenvolvimento de lideranças		10		5	2	3
	1.4 Tecnologia da Informação		9		3	4	2
	1.5 Política de segurança e privacidade das informações		4		4	0	0
	1.6 Gestão de Riscos Corporativos		10		2	5	3
	1.7 Sustentabilidade da Operadora		13		4	6	3
	1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ		8		4	3	1
2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde							
4 Requisitos	2.1 Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde	4	7	23	4	2	1
	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde - APS		6		2	1	3
	2.3 Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços		7		3	2	2
	2.4 Mecanismos de Regulação		3		2	1	0
3. Gestão em Saúde							
5 Requisitos	3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente	5	7	40	4	0	3
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado		5		2	1	2
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde		17		8	6	3
	3.4 Assistência Farmacêutica		4		1	1	2
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor		7		2	2	3
4. Experiência do Beneficiário							
4	4.1 Disponibilização de Informações à sociedade	4	7	28	4	2	1

	4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta à demandas (reativo)		6		2	2	2
	4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)		6		3	1	2
	4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários		9		4	2	3
Total	Total Geral	21	169	169	75	49	45

Fonte: (56).

Quadro 4 - Quantidade de Dimensões, Requisitos e Itens por classificação para operadoras do segmento Exclusivamente Odontológico

Exclusivamente Odontológico								
Dimensão	Dimensão e Requisitos	Aplicação à Operadoras Exclusivamente Odontológicas	Quantidade de Requisitos	Itens	Total de Itens	Itens Essenciais	Itens Complementares	Itens de Excelência
1. Gestão Organizacional								
8 Requisitos	1.1 Planejamento e Gestão Estratégica	SIM	8	7	78	4	2	1
	1.2 Sistema de Governança Corporativa	SIM		17		8	4	5
	1.3 Política de gestão de pessoas e desenvolvimento de lideranças	SIM		10		5	2	3
	1.4 Tecnologia da Informação	SIM		9		3	4	2
	1.5 Política de segurança e privacidade das informações	SIM		4		4	0	0
	1.6 Gestão de Riscos Corporativos	SIM		10		2	5	3
	1.7 Sustentabilidade da Operadora	SIM		13		4	6	3
	1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ	SIM		8		4	3	1
2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde								
3 Requisitos	2.1 Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde	SIM	3	7	15	4	2	1
	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base em APS	NÃO		0		0	0	0
	2.3 Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços	PARCIAL		6		3	2	1
	2.4 Mecanismos de Regulação	PARCIAL		2		2	0	0
3. Gestão em Saúde								
4 Requisitos	3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente	PARCIAL	4	5	13	3	0	2
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado	PARCIAL		1		1	0	0
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde	PARCIAL		1		0	1	0
	3.4 Assistência Farmacêutica	NÃO		0		0	0	0
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor	PARCIAL		6		2	2	2
4. Experiência do Beneficiário								
4 Requisitos	4.1 Disponibilização de Informações à sociedade	SIM	4	7	28	4	2	1

	4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta à demandas (reativo)	SIM		6		2	2	2
	4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)	SIM		6		3	1	2
	4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários	SIM		9		4	2	3
Total	Total Geral		19	134	134	62	40	32

Fonte: (56).

Quadro 5 - Quantidade de Dimensões, Requisitos e Itens por classificação para operadoras do segmento Autogestão

Dimensão	Dimensão e Requisitos	Aplicação às Autogestões	Quantidade de Requisitos	Itens	Total de Itens	Itens Essenciais	Itens Complementares	Itens de Excelência
1. Gestão Organizacional								
8 Requisitos	1.1 Planejamento e Gestão Estratégica	SIM	8	7	78	4	2	1
	1.2 Sistema de Governança Corporativa	SIM		17		8	4	5
	1.3 Política de gestão de pessoas e desenvolvimento de lideranças	SIM		10		5	2	3
	1.4 Tecnologia da Informação	SIM		9		3	4	2
	1.5 Política de segurança e privacidade das informações	SIM		4		4	0	0
	1.6 Gestão de Riscos Corporativos	SIM		10		2	5	3
	1.7 Sustentabilidade da Operadora	SIM		13		4	6	3
	1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ	SIM		8		4	3	1
2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde								
4 Requisitos	2.1 Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde	SIM	4	7	23	4	2	1
	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde - APS	SIM		6		2	1	3
	2.3 Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços	SIM		7		3	2	2
	2.4 Mecanismos de Regulação	SIM		3		2	1	0
3. Gestão em Saúde								
5 Requisitos	3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente	SIM	5	7	40	4	0	3
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado	SIM		5		2	1	2
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde	SIM		17		8	6	3
	3.4 Assistência Farmacêutica	SIM		4		1	1	2
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor	SIM		7		2	2	3
4. Experiência do Beneficiário								
4 Requisitos	4.1 Disponibilização de Informações à sociedade	PARCIAL	4	5	26	4	1	0

	4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta à demandas (reativo)	SIM		6		2	2	2
	4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)	SIM		6		3	1	2
	4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários	SIM		9		4	2	3
Total	Total Geral		21	169	169	75	48	44

Fonte: (56).

Quadro 6 - Itens não aplicáveis às operadoras exclusivamente odontológicas (OD)

Dimensão	Requisito	Item	Tipo	Situação para operadoras Exclusivamente Odontológicas
2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base em APS	2.2.1	Essencial	NA
		2.2.2	Essencial	NA
		2.2.3	Complementar	NA
		2.2.4	Excelência	NA
		2.2.5	Excelência	NA
		2.2.6	Excelência	NA
	2.3 Relação e Contratualização com a Rede Prestadora de Serviços	2.3.7	Excelência	NA
3. Gestão em Saúde	2.4 Mecanismos de Regulação	2.4.3	Complementar	NA
	3.1 Política de Qualidade da Atenção à Saúde e Segurança do Paciente	3.1.4	Essencial	NA
		3.1.7	Excelência	NA
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado	3.2.1	Essencial	NA
		3.2.3	Excelência	NA
		3.2.4	Excelência	NA
		3.2.5	Excelência	NA
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde	3.3.1	Essencial	NA
		3.3.2	Essencial	NA
		3.3.3	Essencial	NA
		3.3.4	Essencial	NA
		3.3.5	Essencial	NA
		3.3.6	Essencial	NA
		3.3.7	Essencial	NA
		3.3.8	Essencial	NA
		3.3.9	Complementar	NA
		3.3.10	Complementar	NA
		3.3.11	Complementar	NA
		3.3.12	Complementar	NA
		3.3.13	Complementar	NA

		3.3.15	Excelência	NA
		3.3.16	Excelência	NA
		3.3.17	Excelência	NA
	3.4 Assistência Farmacêutica	3.4.1	Essencial	NA
		3.4.2	Complementar	NA
		3.4.3	Excelência	NA
		3.4.4	Excelência	NA
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor	3.5.5	Excelência	NA

Fonte: (56).

Quadro 7 - Itens não aplicáveis às operadoras Autogestão⁵⁸

Dimensão	Requisito	Item	Tipo	Situação para operadoras Autogestão
4. Satisfação do Beneficiário	4.1 Disponibilização de Informações à Sociedade	4.1.6	Complementar	NA
		4.1.7	Excelência	NA

Fonte: (56).

Para se submeterem à acreditação, além do atendimento dos requisitos apresentados nos quadros anteriores, as OPS deverão estar regulares nos programas de monitoramento econômico-financeiro, técnico-assistencial e de fiscalização da ANS, e possuir nota no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar igual ou maior a 0,6 (57). A metodologia de acreditação das operadoras trabalha com três níveis de certidões, conforme a RN nº 507/2022, apresentado na Figura 1 abaixo:

Figura 1 – Níveis de acreditação conforme RN 507/2022

	Nível I: Validade de 3 anos	Obter nota final maior ou igual a 90 Conformidade em pelo menos 80% dos itens de excelência IDSS acima de 0,8
	Nível II: Validade de 2 anos	Nota final maior ou igual a 80 e menor que 90 IDSS acima de 0,6
	Nível III: Validade de 2 anos	Nota final maior ou igual a 70 e menor que 80 IDSS acima de 0,6

PONTUAÇÃO MÍNIMA DE 70 PONTOS NAS QUATRO DIMENSÕES

Fonte: (56).

Os três níveis de certidões de acreditação de acordo com a RN 277/2011 eram: (I) Nível I - operadoras de planos de saúde avaliadas entre 90 (noventa) e 100 (cem) pontos; (II) Nível II - operadoras de planos de saúde avaliadas entre 80 (oitenta) e 89 (oitenta e nove) pontos, e; (III) Nível III - operadoras de planos de saúde avaliadas entre 70 (setenta) e 79 (setenta e nove) pontos.

Esta pesquisa pretende dar ênfase a temática Qualidade em Saúde, a partir das definições apresentadas, com destaque para Deming, Donabedian, Costa Junior e a OMS, que relacionam a qualidade e o cliente, assim como os resultados favoráveis em saúde, ao encontro do que é proposto pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS, em específico o IDSS.

2.3 ÍNDICE DE DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR (IDSS)

A regulação da saúde suplementar no Brasil trouxe mudanças significativas para que o ambiente da saúde suplementar esteja melhor do que no período pré-regulamentação. Tais avanços da ANS possibilitaram que a agência enfrentasse os desafios que surgem no mercado, focando na qualidade e no empoderamento dos beneficiários, usuários, como o sujeito da regulação (20).

Diante desse contexto, a ANS em 2005, estabelece uma nova perspectiva para o processo de regulação, implementando a Política de Qualificação da Saúde Suplementar. Esta política incentiva as operadoras a atuarem como gestoras da saúde, incentiva os beneficiários a

tornarem-se usuários de serviços de saúde com consciência sanitária, incentiva os prestadores a atuarem como produtores de saúde, por fim, tais incentivos concomitam com o propósito de aprimorar a capacidade de regulação da agência (4; 20).

Da política surge o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, instituído pela Resolução Normativa nº 139, de 24 de novembro de 2006, no artigo 6º define as avaliações de desempenho pelos índices: I) Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, e II) Índice de Desempenho Institucional – IDI (8). A primeira avaliação do IDSS usou como base os dados do ano de 2004, com análise para quatro dimensões: I) Atenção à Saúde; II) Econômico-Financeira; III) Estrutura e Operação; e IV) Satisfação dos Beneficiários. A avaliação se manteve anualmente, com modificações na composição dos indicadores (20).

Acompanhando as necessidades dos consumidores da saúde suplementar e do comportamento mercadológico, competitivo, surge a demanda em propor novos modelos assistenciais. Segundo pesquisa, (21) analisou que os modelos assistenciais desenvolvidos pelas operadoras de planos de saúde, apresentam modelos de serviços de saúde que, regulados, podem dar maiores garantias assistenciais aos seus clientes/beneficiários.

Partindo desse pressuposto, o IDSS monitora e avalia indicadores que apontam a prestação de serviços e as características assistenciais oferecidas aos usuários. Após revisões, desde o ano de 2017, por meio da Resolução Normativa nº 423, e mantida pela Resolução Normativa nº 505 de 2022, as dimensões são organizadas e os pesos da seguinte maneira: qualidade em atenção à saúde (IDQS) 30%; garantia de acesso (IDGA) 30%; sustentabilidade de mercado (IDSM) 30%; e gestão de processos e regulação (IDGR) 10% (22; 44).

Quadro 8 – Dimensões do IDSS

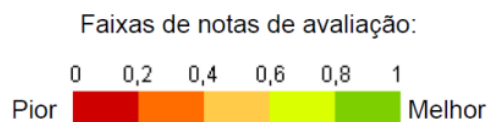
Dimensões	Conceito
Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS)	Avaliação do conjunto de ações em saúde que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada.
Garantia de Acesso (IDGA)	Condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores.
Sustentabilidade no Mercado (IDSM)	Monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando o equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores.
Gestão de Processos e Regulação (IDGR)	Essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.

Fonte: (46).

O IDSS varia de zero a um, sendo que quanto mais próximo do um, mais a operadora está em conformidade com o estabelecido pela ANS. O cálculo do IDSS de cada operadora é realizado pela média ponderada dos índices de desempenho das dimensões, conforme os pesos

de cada dimensão. O Índice de Desempenho de cada Dimensão, por sua vez, é calculado através da média ponderada dos indicadores que compõem a dimensão, sendo que cada indicador possui um peso determinado pela ANS (4, 22).

Figura 2 – Faixa de notas de avaliação do IDSS



Fonte: (4).

Quadro 9 – Indicadores IDSS Ano-Base 2021

Dimensão	Nome Fantasia	Indicador do Ano-Base 2021	Peso
Global	Selo de Qualidade	Programa de Operadora Acreditada - Pontuação Base	Pontuação Base no IDSS: Nível I: 0,30 Nível II: 0,23 Nível III: 0,15
IDQS	Estímulo ao Parto Normal	1.1 - Proporção de Parto Cesáreo	3
	Atenção ao Pré-Natal	1.2 - Taxa de Consultas Pré-Natal	2
	Fatura em Idosos	1.3 - Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos	2
	Cuidado Integral da Criança até os 4 anos	1.4 - Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 anos	2
	Preventivo de Câncer de Colo do Útero	1.5 - Taxa de Citopatologia Cérvico-Vaginal Oncótica	2
	Cuidado ao Diabético	1.6 - Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada	3
	Prevenção da Cárie	1.7 - Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - CÁRIE	2
	Cuidados com a Gengiva	1.8 - Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - PERIODONTIA	2
	Cuidado Integral do Idoso	1.9 - Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos	3
	Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças dos Clientes	1.10 - Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças - Pontuação Base	Pontuação base de 0,10 na IDQS
	Participação do Plano de Saúde em Projetos de Qualidade	1.11 - Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS - Pontuação Base	Pontuação Base de até 0,30 na IDQS
	Adoção de remuneração que considere a qualidade para hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde	1.12 - Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor - Pontuação Base	Pontuação base de 0,10 na IDQS
IDGA	Renal Crônico	2.1 - Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	1
	Médico de Referência do Idoso	2.2 - Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos	2
	Acesso a Urgência e Emergência	2.3 - Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência	1

	Consulta com Dentista	2.4 - Taxa de Primeira Consulta ao Dentista no ano por Beneficiário	1
	Acesso ao Dentista	2.5 - Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica	1
	Qualidade de Hospitais	2.6 - Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo de Qualidade	1
	Qualidade de Laboratórios	2.7 - Frequência de Utilização de Rede de SADT com Atributo de Qualidade	1
	Acesso à Contratação Individual	2.8 - Índice de efetiva comercialização de planos individuais – Bônus	Bônus de até 10% sobre a IDGA
IDSM	Solidez do seu Plano de Saúde	3.1 - Índice de Capital Regulatório (ICR)	3
	Resolução de Queixas do Cliente	3.2 - Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar	2
	Reclamações Gerais do Cliente	3.3 - Índice Geral de Reclamações (IGR)	1
	Preço do Plano de Saúde	3.4 - Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos	1
	Satisfação do Cliente/Paciente	3.5 - Pesquisa de Satisfação do Beneficiário - Pontuação Base	Pontuação Base de 0,25 na IDSM
	Gestão Financeira Ativa	3.6 - Autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários - Bônus	Bônus de 10% sobre a IDSM
	Moderação de Reajustes	3.7 - Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos	0
IDGR	Qualidade dos Dados de Cadastro do Cliente	4.1 - Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB)	2
	Utilização do SUS por Cliente de Plano de Saúde	4.2 - Taxa de utilização do SUS	1
	Qualidade da Informação em Saúde Enviada para a ANS	4.3 - Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS)	2
	Relacionamento do Plano de Saúde com Hospitais, Laboratórios e Profissionais de Saúde	4.4 - Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde	1
	Qualidade dos Dados do Diagnóstico	4.5 Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS - Bônus	Bônus de 10% sobre a IDGR

Fonte: (45).

Anualmente, a ANS, divulga no Programa de Qualificação das Operadoras, o Método de Cálculo do IDSS. O IDSS é elaborado por meio do índice de desempenho do indicador (ID do indicador) e o índice de desempenho da dimensão (ID da dimensão). A seguir, apresentam-se os critérios de cálculo usados no IDSS.

A Equação 1, a seguir, apresenta a composição para o Índice de Desempenho da Dimensão – ID da Dimensão:

Equação 1 – Índice de Desempenho da Dimensão – ID da Dimensão

$$ID = \frac{ID_1 * P_1 + ID_2 * P_2 + \dots + ID_n * P_n}{P_1 + P_2 + \dots + P_n}$$

Fonte: (60).

ID = Índice de desempenho da dimensão

ID₁ = Índice de desempenho do indicador 1

P₁ = Peso do indicador 1

ID₂ = Índice de desempenho do indicador 2

P₂ = Peso do indicador 2

ID_n = Índice de desempenho do indicador n

P_n = Peso do indicador n

A Equação 2, a seguir, demonstra o cálculo nos casos em que a dimensão tenha indicador bônus. O bônus é a pontuação calculada especificamente para cada operadora, obedecido critérios estabelecidos na ficha técnica. O resultado do índice de desempenho, acrescido da pontuação bônus não poderá ultrapassar o valor 1 (um) (60).

Equação 2 – Caso a Dimensão tenha Indicador Bônus

$$ID = ID + (ID * Bônus)$$

Fonte: (60).

A Equação 3, a seguir, aplica-se caso a dimensão tenha indicador pontuação base. A pontuação base é fixa, especificamente para cada operadora, obedecido os critérios estabelecidos na ficha técnica.

Equação 3 – Caso a Dimensão tenha Indicador Pontuação Base

$$(Pontuação\ Base + ID) \leq 1$$

Fonte: (60).

Em relação às Equações 2 e 3, vinculadas a Equação 1, cabe destacar que, caso a dimensão tenha indicador bônus e pontuação base, primeiro se aplica o cálculo do bônus e em seguida a pontuação base.

A Equação 4 apresenta o cálculo para o Índice de Desempenho, o IDSS da Operadora:

Equação 4 – Índice de Desempenho – IDSS da Operadora

$$IDSS = (IDQS * 0,30) + (IDGA * 0,30) + (IDSM * 0,30) + (IDGR * 0,10)$$

Fonte: (60).

A Equação 5, a seguir, aplica-se caso a operadora possua acreditação. Para este cálculo, obedecem aos critérios estabelecidos na ficha técnica e o nível de acreditação obtido, sendo: Nível I – 0,30; Nível II – 0,23 e; Nível III – 0,15.

Equação 5 – Caso a Operadora seja acreditada

$$(Pontuação\ Base\ de\ acordo\ com\ o\ nível\ de\ acreditação + IDSS) \leq 1$$

Fonte: (60).

A avaliação das operadoras é realizada anualmente e o resultado do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar geral e de cada uma das dimensões deve ser divulgado pelos operadores em seus sites institucionais até 30 dias após a divulgação dos resultados pela ANS.

Os indicadores utilizados serão apresentados com a ficha técnica específica, contendo a conceituação, o método de cálculo, seus possíveis usos, parâmetros, interpretações, dados estatísticos e recomendações existentes, meta, pontuação, fonte dos dados, ações esperadas para causar impacto positivo na situação analisada. As metas dos indicadores da dimensão de Avaliação da Qualidade de Atenção à Saúde são definidas pela ANS, com base nas metas recomendadas por organismos internacionais, obtidas na base de dados da ANS ou do Sistema Único de Saúde (SUS) (23).

O programa de qualificação da qual o IDSS pertence, é uma ferramenta de indução para a melhoria do que uma avaliação de qualidade e que o objetivo da ANS tem se dedicado a reduzir a assimetria no setor da saúde suplementar, objetivando gerar e divulgar informação para possibilitar escolhas, na qual o foco não é dizer qual operadora é melhor e qual é pior, mas sim, disseminar resultados parametrizados e estatísticas. Motivo pelo qual a ANS não realiza um *ranking* do IDSS (24).

Dentro do Programa de Qualificação de Operadoras, há o estímulo para que as operadoras realizem anualmente a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde. A realização da pesquisa pode compor a pontuação do IDSS, desde que aplicada de acordo com as diretrizes previstas no documento técnico elaborado pela ANS (46). Para que a pesquisa venha a obter pontuação no IDSS para a operadora, estas devem comunicar à ANS até a data de corte do ano-base de avaliação (47; 52).

A adoção da pesquisa de satisfação tem como objetivo, aumentar a participação dos usuários das operadoras na avaliação da qualidade dos serviços prestados. Os resultados das pesquisas servem como fontes de oportunidades de melhorias contínua no campo da qualidade da assistência prestada, além de contribuir para o aprimoramento das regulações por parte da ANS. A pesquisa está inserida na dimensão IDSM – Dimensão de Sustentabilidade e Mercado,

que agrega os indicadores relacionados à satisfação dos beneficiários e indicadores de equilíbrio econômico-financeiro (47).

Indicadores de qualidade são ferramentas importantes e reconhecidas para o gerenciamento das boas práticas no ambiente hospitalar. Permite avaliar se as metas estabelecidas foram atingidas, desde metas assistenciais, das relacionadas à segurança do paciente, metas financeiras, entre outras. Sinalizam na percepção dos pacientes atendidos, no caso das operadoras, do perfil dos beneficiários que estão sob sua gestão, apontando as melhorias necessárias, ações de planejamento e na tomada de decisão (40). Os indicadores são, também, elementos de mensuração dos processos de acreditação e, no caso do IDSS, um conjunto norteador de desempenho.

O IDSS além de colaborar com a agência reguladora, a ANS, também, pode trazer benefícios para as operadoras de planos de assistência à saúde. Ao adotar ferramentas de medição de desempenho, somadas às análises críticas dos indicadores – resultados, colaboram com as operadoras a compreenderem melhor o cenário na qual a organização está inserida, movendo a operadora a busca ferente de bons resultados, visto que o mercado brasileiro de saúde suplementar é competitivo (48; 52).

É crescente a preocupação das operadoras de planos de saúde com os indicadores de qualidade, principalmente, por estes permitirem a proposição de novos modelos assistenciais. A qualificação do setor da saúde suplementar é importante, ao facilitar aos beneficiários o acesso às informações, auxiliando-os na escolha da manutenção ou novas adesões de serviços de saúde, e reflete no próprio desempenho da saúde pública no Brasil. Permite as operadoras a realizarem marketing para captação de novos clientes e na fidelização dos já contratados (49).

Por fim, a relevância do IDSS ficou evidente no período da pandemia da SARS-CoV-2, a Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). No ano-base 2020, algumas operadoras solicitaram à ANS a suspensão da divulgação dos resultados do IDSS ou mudança na metodologia usada. Diante da solicitação, a ANS realizou uma análise dos impactos da pandemia da COVID-19 no IDSS de 2021 (ano-base 2020). Houve conclusão de que não houve impactos significativos que justificassem a mudança da metodologia usada nos cálculos dos indicadores, pondo fim a qualquer suspensão do Programa de Qualificação das Operadoras e do IDSS no ano corrente (50).

Quadro 10 – Avaliação da repercussão da Pandemia de COVID-19 em indicadores do IDSS ano-base 2020

Indicador		Análise
1.4	Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 anos	Houve Repercussão pequena nos Resultados
1.5	Taxa de Citopatologia Cérvico-Vaginal Oncótica	
2.2	Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos	
2.4	Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por ano	
2.8	Índice de efetiva comercialização de planos individuais – Bônus (segmentação odontológica)	
1.1	Proporção de Parto Cesáreo (Estímulo ao Parto Normal)	Repercussão Discreta nos Resultados
1.2	Taxa de Consultas de Pré-Natal	
1.6	Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada	
3.3	Índice Geral de Reclamações (IGR)	
1.3	Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos	Não houve repercussão nos resultados
1.7	Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - CÁRIE	
1.8	Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - PERIODONTIA	
1.9	Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos	
1.10	Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças - Pontuação Base	
1.11	Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS - Pontuação Base	
2.1	Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário	
2.6	Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo de Qualidade	
2.7	Frequência de Utilização de Rede de SADT com Atributo de Qualidade	
4.2	Taxa de utilização do SUS	

Fonte: (50).

Para a ANS, já era esperado algum impacto da pandemia no IDSS, o que demonstra a sensibilidade do programa e captar o que realmente ocorre no setor. Desta forma, o programa cumpre com o que propõe, em apurar os resultados das operadoras, que no período pandêmico tiveram que se adaptar e definir estratégias de atuação frente à crise sanitária, a nível mundial (50).

3 METODOLOGIA

Nesta seção abordaremos e descreveremos as características metodológicas empregas na pesquisa, tais como: características de pesquisa, delimitações de população e amostragem, definição das variáveis, cálculo da sinistralidade, análise estatística utilizada e descrição operacional da pesquisa.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DE PESQUISA

A presente pesquisa figura como descritivo e exploratório, com uso de dados secundários, oriundos de diversas fontes, a partir de métodos de análise de dados quantitativos. Figura como objeto da pesquisa, o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS e a sinistralidade das operadoras privadas de planos de saúde.

Os dados apresentam-se organizados em dois grupos, cada qual com sua abordagem de coleta e análise, conforme apresenta o Quadro 11 a seguir:

Quadro 11 – Quadro geral de métodos de pesquisa

Grupo	Origem dados	Tipo de Dados	Forma de Análise
Documentos históricos e regulatórios	Sites e pesquisas de referência	Documentos e leis	Análise documental descritiva
Dados do setor	Sites de repositório de dados do setor	Quantitativo	Análise quantitativa de dados

Fonte: o autor.

O primeiro grupo denominado “Documentos históricos e regulatórios”, figura papel importante na pesquisa, ao permitir a identificação e entendimento do Indicador de Desempenho da Saúde Suplementar, presente no Programa de Qualificação das Operadoras, da agência nacional regulatória, ANS, no contexto brasileiro.

O segundo grupo denominado “Dados do setor”, permitiu compreender as séries históricas de evolução do setor, bem como a participação das operadoras de planos de saúde no Programa de Qualificação, em específico no IDSS, e os dados da sinistralidade divulgados nos demonstrativos financeiros, de acordo com o item 6.3 do Capítulo I – Normas Gerais, anexo da RN nº 435/2018 (10).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para compor nossa amostragem de dados na análise do IDSS, consolidamos os resultados do IDSS, as demonstrações financeiras das operadoras de planos de saúde e se estas possuem certidão de acreditação vigente. As informações extraídas do diretório denominado Tabnet e do sítio oficial da ANS são do período de 2009 a 2021, para compor o período proposto nesta pesquisa.

Ao gerar os resultados do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, no sítio oficial da ANS, na página dedicada ao Programa de Qualificação das Operadoras, foram extraídos dados de OPS ativas e inativas, totalizando 1.834 operadoras participantes do programa de qualificação, que em algum ano do período estudado, tiveram seu resultado do IDSS divulgado. Foram excluídos os resultados de IDSS do período de 2008 a 2010, por serem divulgados em formato diferente, em escala, sendo o IDSS de: 0,00 a 0,19; 0,20 a 0,39; 0,40 a 0,59; 0,60 a 0,79 e; 0,80 a 1,00. A exclusão foi necessária, pois impossibilitava o comparativo dos demais anos da amostragem.

Para o estudo, foi considerado o período de 2011 a 2021, foram classificadas como ativas as OPS que no mês de dezembro de 2022 aparecem na relação do ANS Tabnet em “Operadoras com Registro Ativo”. Ao gerar o relatório a somatória apresenta o total de 933 operadoras ativas (dezembro de 2022), das operadoras ativas (933) que participaram em algum ano do período analisado, 37 OPS foram excluídas por não apresentarem dados de 2011 a 2021, resultando na análise do IDSS de 896 operadoras com registro ativo.

No Quadro 12, apresentam-se as operadoras de planos de saúde por modalidade, ativas e inativas, em dezembro de 2022 de acordo com o relatório “Operadoras com registro ativo” do ANS Tabnet, o que contribui a delimitação desta dissertação.

Quadro 12 – Quadro de OPS ativas e inativas por modalidades

Modalidade	Ativas	Inativas
Autogestão	114	118
Autogestão por RH	25	17
Cooperativa Médica	274	68
Cooperativa Odontológica	97	43
Filantropia	30	70
Medicina de Grupo	214	349
Odontologia de Grupo	134	267
Seguradora Especializada em Saúde	8	6

TOTAL	896	938
--------------	------------	------------

Fonte: adaptado (4).

As informações financeiras foram coletadas do ANS Tabnet, por ano, filtrando no portal pela opção “Consultas”, “Operadoras” e “Receitas e Despesas”. Foram selecionados: campo “Linha” a opção “Ano”, campo “Coluna” a opção “Não ativa”, campo “Conteúdo” a opção “Receita de contraprestações” e depois a opção “Despesa Assistencial”, por fim, foram selecionados os períodos disponíveis, um a um, fechando o período de 2011 a 2021.

Para a coleta do número de beneficiários por operadora, foi utilizado, também, o ANS Tabnet, filtrando da seguinte maneira: campo “Linha” a opção “Operadora”, campo “Coluna” a opção “Não ativa”, campo “Conteúdo” a opção “Benef. Asst. Médica” e depois a opção “Benef. Excl. Odont.”, por fim, no campo “Períodos Disponíveis” a opção “Dez/2022”.

A extração dos dados para analisar o Índice de Reclamações por Beneficiários foi composto da coleta dos dados de número de beneficiários por operadora no ANS Tabnet, na opção “Consultas”, “Beneficiários”, “Operadora”, filtrando nos seguintes passos: campo “Linha” a opção “Operadora”, campo “Coluna” a opção “Competência”, campo “Conteúdo” a opção “Benef. Asst. Médica” e depois a opção “Benef. Excl. Odont.”, por fim, foram selecionados os “Períodos Disponíveis”, selecionando o mês de dezembro de cada ano, no período de 2011 até 2021.

Ainda para a composição do Índice de Reclamações por Beneficiários, foram coletados os seguintes dados do ANS Tabnet: “Reclamações de Beneficiários”, filtrando os campos a seguir: campo “Linha” a opção “Operadora”, campo “Coluna” a opção “Competência”, campo “Conteúdo” a opção “Reclamação”, após selecionados todos os meses do período de 2011 a 2021 no campo “Períodos Disponíveis”.

Os dados coletados do IDSS, operadoras com registro ativo, receitas com contraprestações, despesas assistenciais e beneficiários por operadora foram concatenados em um banco de dados, no Microsoft Excel. Para compor o Índice de Sinistralidade, foi aplicada a Equação 6, para cada OPS, no banco de dados, para compor o Índice de Reclamações por Beneficiários, foi aplicada a Equação 7, para cada OPS, no banco de dados.

3.3 CÁLCULO DA SINISTRALIDADE

A sinistralidade das operadoras de planos de saúde é um indicador importante para a sustentabilidade da organização, pois reflete a saúde econômica da operadora, ao fato de medir

à proporção que a operadora gasta em despesas assistenciais em relação ao prêmio, que é o valor arrecadado, definido pela ANS como receitas de contraprestações (62).

A seguir, a Equação 6, sobre o Índice de Sinistralidade, usada nesta pesquisa:

Equação 6 – Índice de Sinistralidade

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Despesa Assistencial}}{\text{Receita de Contraprestações}} \times 100$$

Fonte: (61).

O conceito de sinistralidade é utilizado pelas operadoras de planos de saúde para determinar os reajustes dos preços das mensalidades dos beneficiários. Desta forma, permite-se avaliar se o contrato compensa financeiramente para ambas as partes ou se o valor da mensalidade mantém um equilíbrio coerente na relação contratual. Cabe destacar que o reajuste de mensalidades é regulamentado de maneira diferente para os planos coletivos e planos individuais, onde o coletivo é livremente negociado entre as partes e posteriormente comunicado à ANS, já os planos individuais têm seu índice definido pela agência reguladora (63).

3.4 CÁLCULO DO ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES POR BENEFICIÁRIOS

O Índice de Reclamações é um indicador acompanhando pela ANS que funciona como termômetro do comportamento das operadoras e está diretamente relacionado com a satisfação dos beneficiários quanto ao atendimento aos problemas apontados por eles. Os usuários dos planos de saúde podem registrar queixas diretamente à agência reguladora, esta, por fim, faz a tratativa junto à OPS, com resolutividade. A ANS faz a intermediação entre os beneficiários e suas operadoras de planos de saúde (82). Neste estudo que se apresenta, serão computadas apenas as reclamações registradas pelo beneficiário diretamente à ANS, dado disponível no ANS Tabnet (83). Serão desconsideradas as reclamações feitas pelos usuários junto à OPS, sem intermediação da ANS.

A seguir, a Equação 7, sobre o Índice de Reclamações por Beneficiários, usada nesta pesquisa:

Equação 7 – Índice de Reclamações por Beneficiários

$$\text{Índice de Reclamações} = \frac{\text{Nº de Reclamações da OPS no ano}}{\text{Nº de Beneficiários da OPS em dezembro de cada ano}} \times 10.000$$

Fonte: adaptado (84).

O critério de cálculo é adaptado do Índice Geral de Reclamações (IGR) da ANS, enquanto o critério estabelecido na Equação 7 contempla o total do número de reclamações da OPS no ano, como numerador, o indicador da ANS considera as Demandas das Notificações de Intermediação Preliminar (NIP) e suas derivações recebidas nos últimos três meses. No denominador, a equação aplicada nesta pesquisa considera o número de beneficiários de cada operadora no mês de dezembro do respectivo ano (dado usado para divulgar o número total de beneficiários do ano pela ANS) (68), enquanto no cálculo do IGR contabiliza o número médio de beneficiários da OPS, nos últimos três meses (84).

3.5 LEVANTAMENTO BIBLIOMÉTRICO

Para realizar o levantamento bibliométrico a respeito da temática do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, o IDSS, foi utilizada a base *Web of Science*, por meio da plataforma Periódicos CAPES, Acesso CAFe, o qual proporcionou realizar as pesquisas dos temas relacionados ao IDSS. Para a temática do IDSS foram pesquisados os termos “Indicadores de Qualidade” (*Quality Indicators*) e “Governança em Saúde” (*Health Governance*) no campo principal e “Saúde” (*Health*) no campo secundário, adicional. O período pesquisado de intervalo de datas foi de 01 de janeiro de 2006 até 31 de dezembro de 2022. Foi selecionada apenas o tipo de documento “artigo”.

Ao pesquisar sobre Indicadores de Qualidade, após o resultado da aplicação dos filtros “intervalos de datas” e “tipos de documentos”, foram selecionadas as “Categorias *Web of Science*”: serviços de ciência da saúde, serviços de política de saúde, enfermagem, ciências multidisciplinares, economia, probabilidade estatística, pesquisa operacional da ciência da administração, negócios, ciência política, administração pública e finanças de negócios.

Ao pesquisar sobre Governança em Saúde, após o resultado da aplicação dos filtros “intervalos de datas” e “tipos de documentos”, foram selecionadas as “Categorias *Web of Science*”: serviços de política da saúde, serviços de ciências da saúde, administração pública, ciência política, economia, gerenciamento, ciências multidisciplinares, enfermagem, negócios e pesquisa operacional da ciência da administração.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Primeiramente, os dados históricos de 2011 a 2021, das operadoras ativas, foram acumulados em médias e medianas. Na sequência, foram realizadas as análises descritivas e correlações entre a mediana do IDSS e as demais variáveis. As variáveis analisadas foram: modalidade da operadora, número de beneficiários de assistência médica, número de beneficiários de odontologia, total de beneficiários, mediana do IDQS, mediana do IDGA, mediana do IDSM, mediana do IDGR, mediana do índice de sinistralidade, mediana dos gastos assistenciais, relação gastos assistenciais por beneficiários e possuir acreditação conforme RN 507/2022 e RN 277/2011.

Para a análise dos dados históricos das dimensões que compõem o IDSS, sendo o IDQS, IDGA, IDSM, IDGR foram considerados os dados dos períodos de 2015 a 2021, visto que com a promulgação da RN nº 386/2015, as dimensões e indicadores sofreram alterações, anteriormente eram as dimensões: IDAS, IDEO, IDEF e, IDSB (8). As Resoluções Normativas nº 423/2017 e nº 505/2022, mantiveram as dimensões consideradas nesta pesquisa, permitindo aplicar a metodologia prevista.

Também foi realizada uma regressão linear múltipla, tendo como variável dependente a mediana do IDSS, e as demais, que foram selecionadas teoricamente, pela sua importância preditora, como variáveis independentes. No desenvolvimento do modelo, foram excluídos os casos com dados omissos. Na sequência, foram inseridas no primeiro modelo, as variáveis independentes que possuíam significância estatística ($p < 0,05$) na análise univariada. E excluídas as variáveis que apresentassem alta multicolinearidade.

A regressão linear múltipla, que, segundo Babbie (2016), busca a equação que representa o impacto de duas ou mais variáveis independentes em uma única variável dependente, e a regressão múltipla permite um meio de analisar tais situações (11).

Para os modelos seguintes, foram excluídos os casos com valores maiores que 3 desvios padrões dos resíduos padronizados. Foi verificado o cumprimento dos pressupostos de normalidade, linearidade e homoscedasticidade dos resíduos, por meio de gráfico de dispersão dos valores dos resíduos padronizados por valores preditos padronizados, e pelo teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. As análises foram realizadas através do programa IBM SPSS *statistics* 25.0.

3.7 DESCRIÇÃO OPERACIONAL DA PESQUISA

A seguir, apresenta-se o desdobramento operacional da pesquisa, conforme seus objetivos específicos.

Quadro 13 – Quadro operacional da pesquisa

Objetivo Específico	População	Amostra	Coleta de Dados	Análise de Dados	Resultado Esperado
a. Analisar levantamento bibliométrico a respeito da temática do IDSS;	Pesquisas da temática do IDSS.	Pesquisas de 2006 a 2022.	Web of Science.	Análise de bibliometria; Análise de Conteúdo.	Identificação dos principais conteúdos e das oportunidades de pesquisa a partir da temática do IDSS, a partir das principais pesquisas, pesquisadores, universidades, já estudados.
b. Analisar os resultados do IDSS das Operadoras de Planos de Saúde no Brasil;	Dados do setor.	Resultados de 2011 a 2021.	Base de Dados da ANS.	Análise de Conteúdo; Cluster; Regressão linear múltipla;	Identificação da série histórica dos resultados do IDSS consolidados de cada operadora participante.
c. Identificar a relação entre as dimensões do IDSS e os demonstrativos financeiros das Operadoras de Planos de Saúde;	Dados do setor.	Resultados de 2011 a 2021.	Demonstrativos financeiros disponíveis nos sites oficiais das operadoras na rede mundial de computadores.	Análise de Conteúdo; Cluster; Regressão linear múltipla;	Identificação da sinistralidade realizada no período pela Operadora de Planos de Saúde.
d. Analisar a relação entre a satisfação dos beneficiários e a sinistralidade das Operadoras de Planos de Saúde.	Dados do setor.	Resultados de 2011 a 2021.	Resultados de Pesquisas de Satisfação nos sites oficiais das operadoras na rede mundial de computadores e na ANS.	Análise de Conteúdo; Cluster; Regressão linear múltipla;	Identificar a relação dos índices de satisfação dos beneficiários com a sinistralidade e o IDSS das operadoras.

Fonte: o autor.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

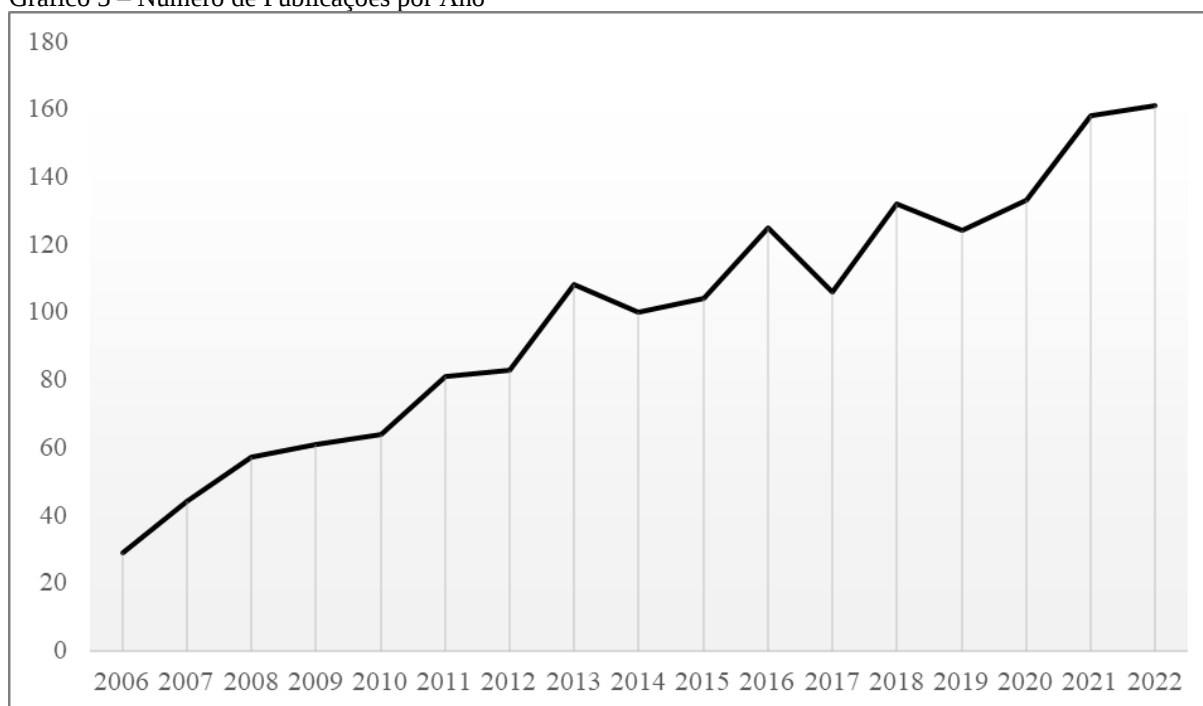
O presente capítulo demonstrará, com base nos objetivos específicos da pesquisa, os dados e suas respectivas análises.

4.1 ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA

A fim de responder o objetivo específico “a” desta pesquisa e com o propósito de contribuir para a análise do “estado da arte” da ciência no tema teórico central da pesquisa, apresentamos o resultado da análise bibliométrica que tratam da temática do “Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS”, considerando o período de 2006, ano da criação do Programa de Qualificação das Operadoras, até 2022. Para a elaboração dos nossos estudos, uma amostragem de 1.695 artigos publicados na base da *Web of Science* foi extraída.

Foram considerados nesta análise bibliométrica apenas artigos completos. Como destacado anteriormente, a temática do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar é relevante. O Gráfico 3, a seguir, corrobora nesta alegação. Como se pode observar, os registros da *Web of Science* no período de 2006 a 2022, partiu de 29 artigos no começo do intervalo para 161 ao final, evidenciando a intenção dos acadêmicos em compreender os incentivos, necessidades e motivações para o uso deste mecanismo pelas organizações de assistência à saúde.

Gráfico 3 – Número de Publicações por Ano



Fonte: O autor.

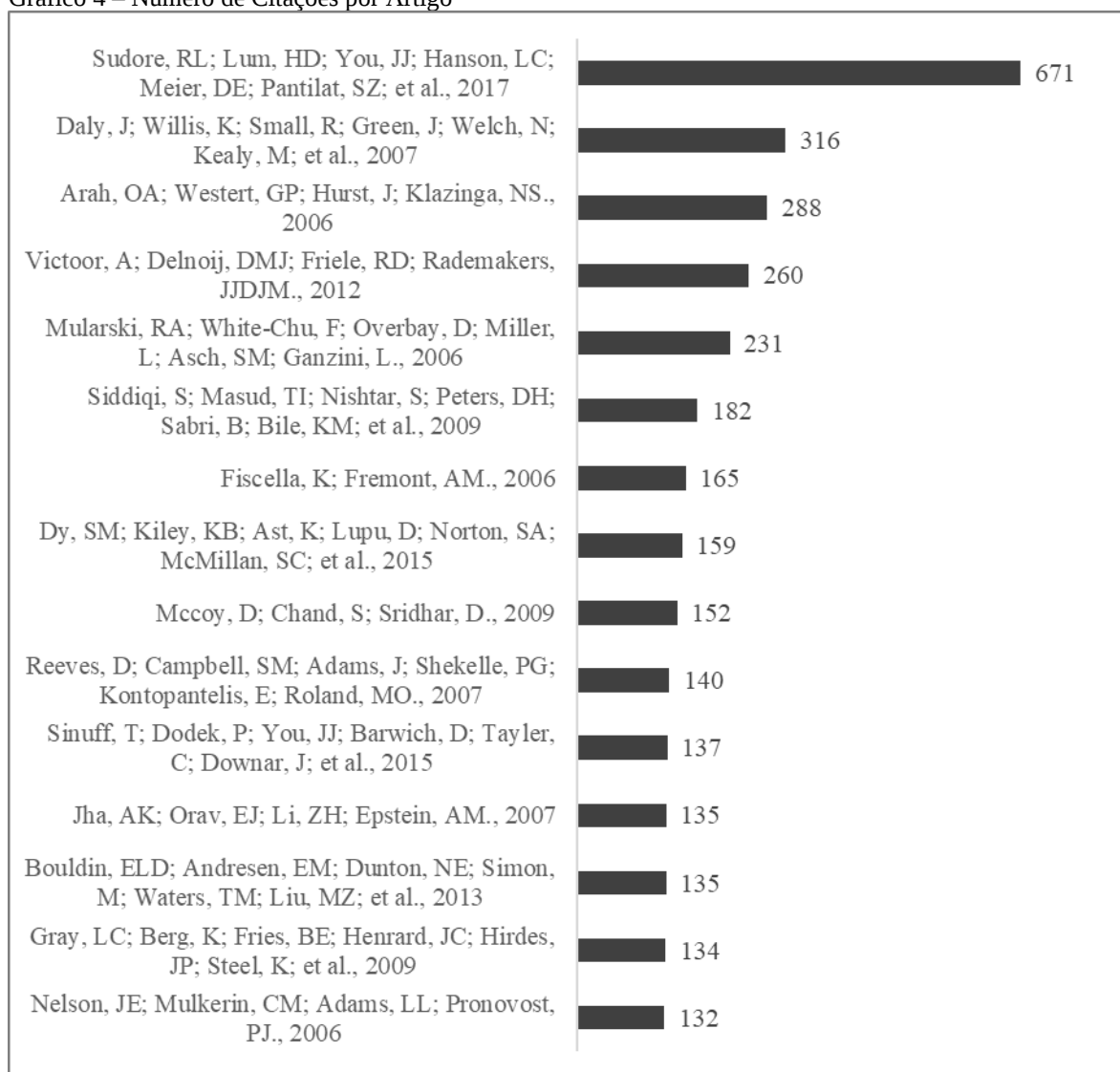
Podemos observar, no Gráfico 4 a seguir, o número de citações dos 15 trabalhos mais proeminentes. Tal análise proporciona maior compreensão e direcionamento dos fundamentos da teoria deste campo, apresenta os conceitos mais disseminados, ideias e análises de maior relevância, permitindo a colaboração para novas pesquisas e investigações.

Nesse contexto, apresentamos uma breve descrição de algumas das principais pesquisas: o trabalho de (64) faz uma análise sobre o planejamento antecipado de cuidados (ACP) para adultos, tal pesquisa teve como resultado que o ACP ajuda a garantir que as pessoas recebam cuidados médicos consistentes aos seus valores e preferências (64). De outro lado, a investigação de (65) traz como conclusão que uma hierarquia de evidências para a prática de pesquisas qualitativas fornecem um guia e definem a força da evidência como base para a tomada de decisões e geração de políticas em saúde.

Podemos destacar, também, a pesquisa de (66) em que visa desenvolver um conjunto de indicadores para comparar a qualidade dos cuidados de saúde nos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), por meio do Projeto Indicador de Qualidade dos Cuidados de Saúde. O artigo propõe um quadro de indicadores que enfoca a qualidade da atenção à saúde, mantém uma perspectiva ampla sobre a saúde e seus determinantes e, também, reconhece os principais objetivos da política de saúde (66). Diante do exposto, pode-se catalisar as informações que este tipo de indicador de levantamento

bibliométrico nos dá e nos permite a visualizar a notoriedade dada aos trabalhos. Tal indicador nos auxilia e possibilita referenciar estudos com credibilidade.

Gráfico 4 – Número de Citações por Artigo



Fonte: o autor.

No Quadro 14, a seguir, permite-se observar a evolução das citações dos artigos durante o período analisado, de 2006 até 2022. A crescente relevância sobre a temática é demonstrada pelo aumento regular e constante no número de citações, porém, quanto aos artigos que estão diminuindo suas aparições, possivelmente, podem representar sua perda de relevância no contexto das pesquisas.

Quadro 14 – Número de Citações por Ano

Artigo	Ano Publicado	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a	2017	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	72	98	133	167	187

Multidisciplinary Delphi Panel																		
A hierarchy of evidence for assessing qualitative health research	2007	-	7	9	23	15	23	19	35	25	35	34	33	22	16	21	25	15
A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project	2006	1	5	7	10	14	11	21	18	17	19	28	29	26	29	29	26	17
Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review	2012	-	-	-	-	-	-	0	7	12	19	20	29	29	42	32	35	45
Measuring pain as the 5th vital sign does not improve quality of pain management	2006	1	4	9	10	18	14	16	17	17	20	15	21	26	20	21	15	15
Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance	2009	-	-	-	0	6	11	9	13	18	7	17	19	19	19	16	25	17
Use of geocoding and surname analysis to estimate race and ethnicity	2006	1	8	7	7	7	9	10	10	11	13	11	19	15	10	10	11	19
Measuring What Matters: Top-Ranked Quality Indicators for Hospice and Palliative Care From the American Academy of Hospice and Palliative Medicine and Hospice and Palliative Nurses Association	2015	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	17	37	25	28	8	17	17
Global health funding: how much, where it comes from and where it goes	2009	-	-	-	0	14	12	16	14	18	12	15	15	10	11	8	10	9

Combining multiple indicators of clinical quality - An evaluation of different analytic approaches	2007	-	0	4	7	16	8	8	15	13	13	13	6	6	4	12	5	14
Improving End-of-Life Communication and Decision Making: The Development of a Conceptual Framework and Quality Indicators	2015	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5	19	26	12	24	19	23
The inverse relationship between mortality rates and performance in the Hospital Quality Alliance measures	2007	-	1	9	12	15	22	15	12	12	11	10	5	8	4	3	4	1
Falls Among Adult Patients Hospitalized in the United States: Prevalence and Trends	2013	-	-	-	-	-	-	-	2	5	14	12	16	18	26	20	18	19
Sharing clinical information across care settings: the birth of an integrated assessment system	2009	-	-	-	2	6	4	13	12	15	15	15	10	9	10	9	12	16
Improving comfort and communication in the ICU: a practical new tool for palliative care performance measurement and feedback	2006	3	4	7	11	7	12	12	12	10	16	6	10	6	7	7	10	6

Fonte: O autor.

No Quadro 15, visualiza-se os artigos mais citados da nossa amostragem. Tais dados atuam como estudos de base e são usados como referência por outras pesquisas. Por exemplo, (73), que traz como a qualidade deve ser definida, se é avaliada apenas pelo desempenho dos profissionais ou, também, pelas contribuições dos sistemas de saúde e dos pacientes, pautado nos atributos de quando ocorre o cuidado, os processos do cuidado e os resultados do cuidado.

Segundo (74), a rotina diária dos profissionais da saúde deve ser pautada na melhoria da qualidade e que os indicadores são medidas de qualidade e somente serão eficazes se forem derivados de evidências científicas rigorosas e devem ser usadas dentro dos sistemas de saúde. McGlynn (2003), analisa o NQMRS, *National Quality Measurement and Reporting System*, que é um sistema nacional de medição e comunicação de qualidade, e aponta que ele é essencial para que melhorias de qualidade aconteçam, com metas estabelecidas, declaração de propósito,

uso de base científica, uso de medidas e estratégias eficazes (75). Desse modo, tais trabalhos atuam de forma que corroboram com as teorias, modelos e métricas, bem como a compreensão global do progresso e evolução da temática.

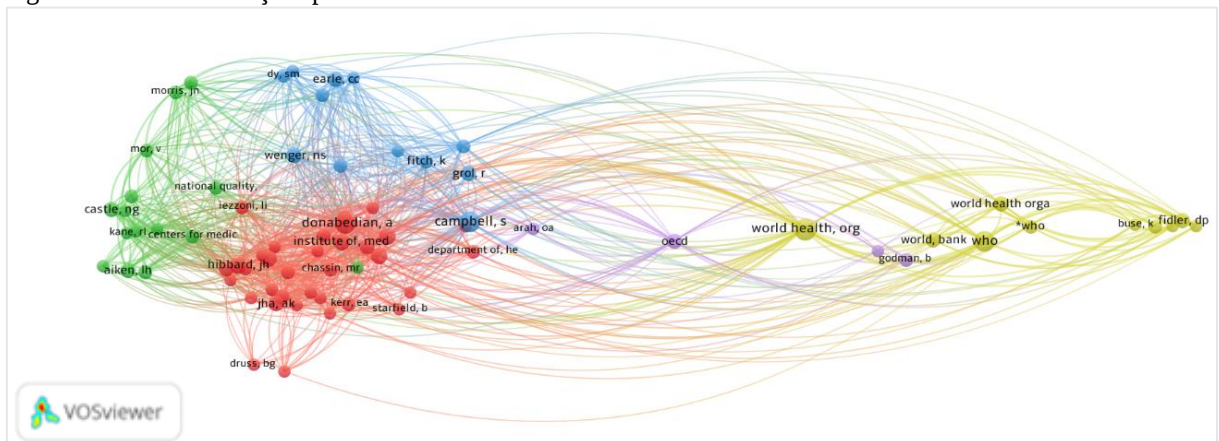
Quadro 15 – Número de Citações por Artigo

Artigo	Autor/Autores	Nº de Citações
The quality of care: how can it be assessed?	Donabedian, A	70
Research methods used in developing and applying quality indicators of care	Campbell, S. M., Braspenning, J. A., Hutchinson, A., & Marshall, M.	66
Introduction and Overview of the Conceptual Framework for a National Quality Measurement and Reporting System	McGlynn , E.A.	60
Defining and classifying clinical indicators for quality improvement	Mainz, J	59
Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care	Campbell, S. M., Braspenning, J. A., Hutchinson, A., & Marshall, M.	49
Evaluating Quality Of Medical Care	Donabedian, A	45
Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century	Institute of Medicine	34
Systematic review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care	Fung, C. H., Lim, Y. W., Mattke, S., Damberg, C., & Shekelle, P. G.	31
A New Method Of Classifying Prognostic Co-Morbidity In Longitudinal-Studies - Development And Validation	Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R.	30
Comorbidity Measures for Use with Administrative Data	Elixhauser, A., Steiner, C., Harris, D. R., & Coffey, R. M.	29

Fonte: o autor.

Na figura 3, apresenta-se o mapeamento das citações por referência de pesquisa. Pode-se observar a presença de 5 *clusters*, cada um destacado por uma cor. Os *clusters*, nesse caso, demonstram as linhas de pesquisas na qual cada grupo de trabalho adota no campo da temática do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar. É possível evidenciar o que foi apresentado no Quadro 15 anteriormente. Donabedian (1988) emprega um modelo amplamente utilizado em diversas pesquisas, isto é, representado pelo *cluster* vermelho. Este conecta-se ao *cluster* azul com Campbell (2003) e este possui relação com pesquisas da OCED, *cluster* roxo, e OMS (*World Health Organization*) no *cluster* amarelo.

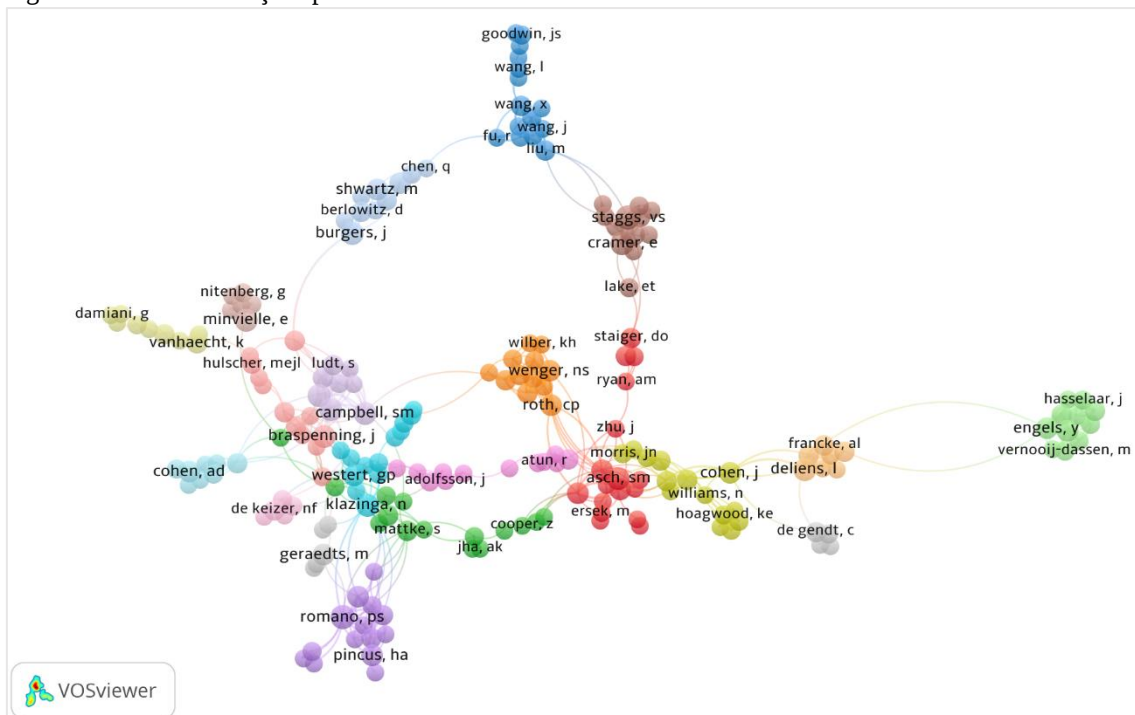
Figura 3 – Rede de Citações por Referência



Fonte: o autor.

Outro mapeamento realizado, apresentado na Figura 4, podemos visualizar, também, como os autores estão posicionados em uma rede de relacionamento. Os autores mais centralizados dispõem de mais relacionamentos e conexões com seu cluster e, em alguns casos, autores periféricos do mapeamento trabalham com temáticas que estabelecem ou não conexões com outros pesquisadores. A abrangência da temática do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar e a sua complexidade torna-se evidente por meio deste mapeamento, ao relacionar a governança em saúde com indicadores de qualidade em saúde.

Figura 4 – Rede de Citações por Referência



Fonte: o autor.

relação de autores e de palavras-chave, resultando em um diagnóstico mais preciso sobre a temática. Nossa análise foi capaz de constatar uma lacuna relativa à aplicação de pesquisas focadas no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, tal como o uso desta descrição como palavra-chave. Logo, esta pesquisa pode oferecer uma pequena contribuição no processo do conhecimento.

4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DO IDSS DAS OPERADORAS INCLUÍDAS NESTE ESTUDO

Em resposta ao objetivo específico “b”, nesta seção apresentam-se os dados do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, das suas dimensões e das modalidades. De acordo com Sistema de Informações de Beneficiários SIB/ANS/MS (68), o ano de 2022 fechou com 50,4 milhões de beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia, o que representa uma taxa de cobertura de 25,2%, a qual se refere ao percentual da população coberta por plano privado de saúde. O ano de 2022 apresentou crescimento de 3,1% do número de beneficiários em relação a dezembro do ano anterior, com destaque para a taxa de crescimento dos planos privados exclusivamente odontológicos, que saltou 6,2% em relação a dezembro de 2021 (68).

O cenário brasileiro apresenta um movimento crescente no número de beneficiários cobertos por planos privados de saúde, dos 47,8 milhões em dezembro de 2012 para os 50,4 milhões em dezembro de 2022, resultando num aumento de 5,1%. A marca de dezembro de 2022 desde dezembro de 2014, quando o total de beneficiários atingiu a marca de 50,5 milhões. Na contramão, um decréscimo no número de OPS com beneficiários ativas no mercado, saindo de 1.264 operadoras com beneficiários em dezembro de 2013 para 933 em dezembro de 2022, uma diminuição de 26,2% no número de operadoras em atividade (68).

Foi contabilizado um total de 896 operadoras ativas, com divulgação de pelo menos um ano do IDSS no período do estudo. Estas operadoras foram agrupadas em clusters, de acordo com seu estatuto jurídico, denominado “modalidade”. As operadoras de planos privados com ou sem odontologia, deste estudo, estão organizadas pelos clusters: autogestão, autogestão por RH, cooperativa médica, cooperativa odontológica, filantropia, medicina de grupo, odontologia de grupo e, seguradora especializada em saúde (67).

Para compreender melhor o escopo de cada modalidade, que nesta pesquisa também é atribuído como *cluster*, apresentamos a seguir as modalidades definidas pela ANS: Autogestão – são as operadoras que oferecem planos de saúde a um grupo fechado de pessoas, que devem,

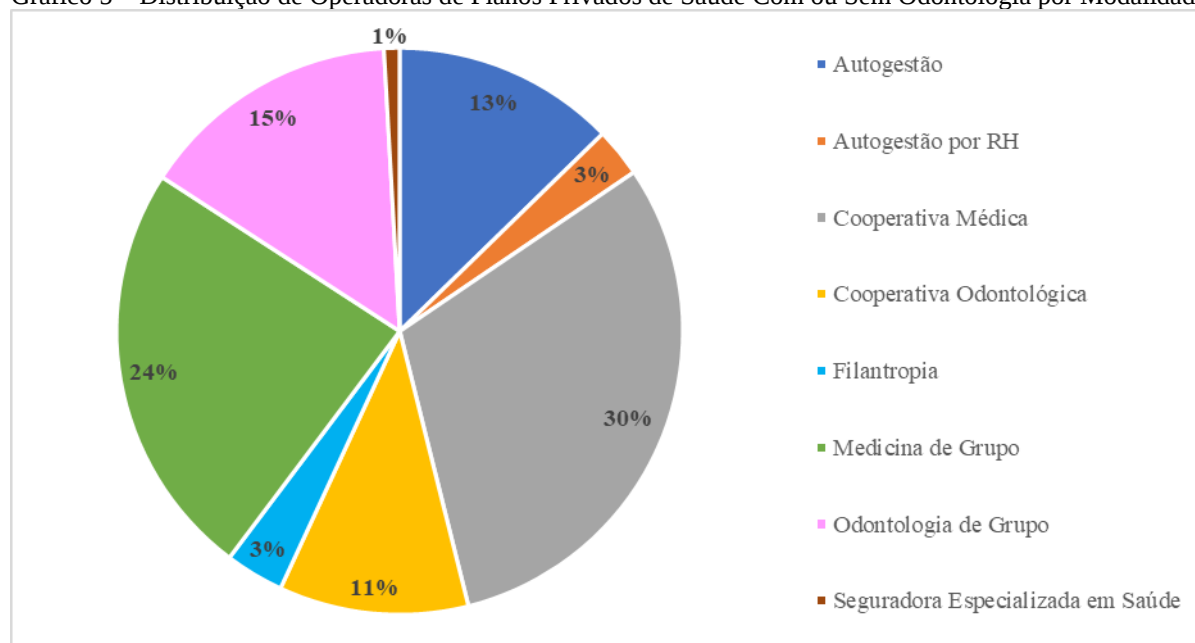
obrigatoriamente, pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com uma entidade mantenedora da OPS e/ou patrocinadora e/ou instituidora (81). Autogestão por RH – o oferecimento do plano de saúde é feito pela organização, exclusivamente aos seus funcionários e dependentes, a caráter de benefício. Não é o objetivo social da organização a comercialização de planos de saúde (81).

Cooperativa Médica – classificam-se nesta modalidade as sociedades de pessoas sem fins lucrativos e que operam planos privados de assistência à saúde (30). Cooperativa Odontológica – são as sociedades de pessoas sem fins lucrativos e que operam exclusivamente planos odontológicos. Filantropia – são as entidades sem fins lucrativos que operam planos de saúde e tenham obtido certificado de entidade beneficente de assistência social (30).

Seguradora Especializa em Saúde – são as sociedades seguradoras que operam seguro saúde em possuem objeto social exclusivo para atuação no setor de saúde suplementar (33). Modalidade de Grupo – são todas as operadoras de planos médicos que não se enquadram nas classificações anteriores. Odontologia de Grupo – são todas as operadoras de planos exclusivamente odontológicos que não se enquadram nas classificações anteriores (30).

A seguir, o Gráfico 5, pode-se observar a distribuição das operadoras ativas por modalidades:

Gráfico 5 – Distribuição de Operadoras de Planos Privados de Saúde Com ou Sem Odontologia por Modalidade



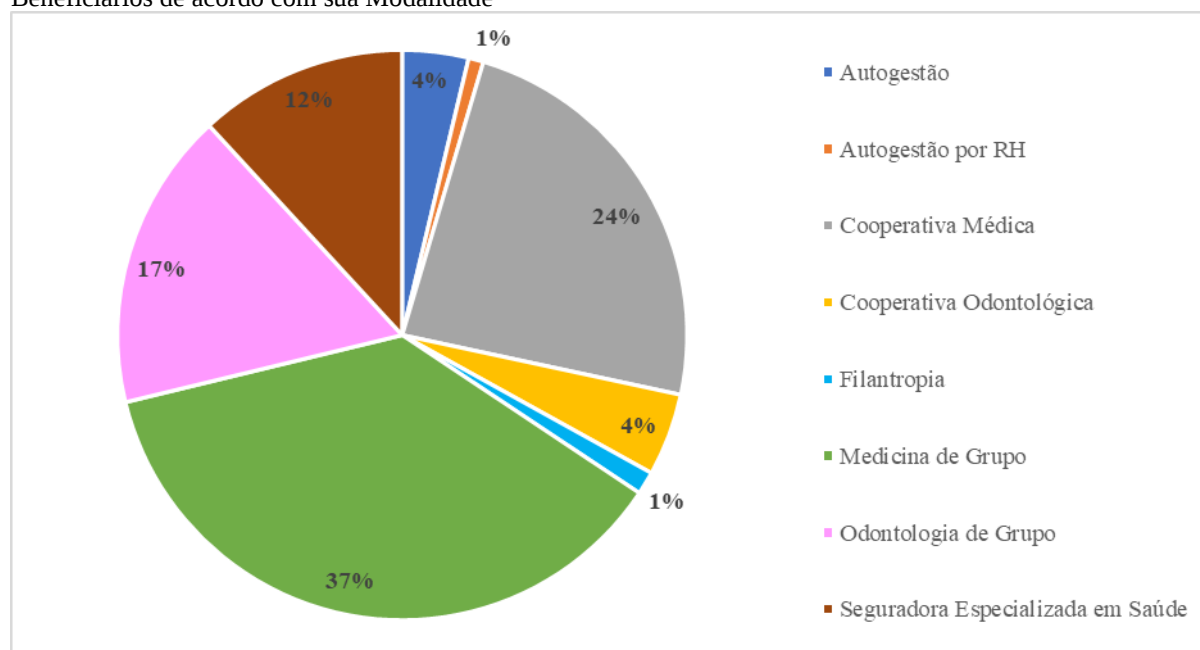
Fonte: o autor.

É possível observar no Gráfico 6 a maior concentração em número de OPS ativas nas modalidades Cooperativa Médica (30%), Medicina de Grupo (24%) e Odontologia de Grupo

(15%), as menores concentrações estão nas modalidades Seguradora Especializada em Saúde (1%), Autogestão por RH (3%) e Filantropia (3%). Ao aplicar a distribuição das OPS ativas por modalidades de acordo com o número de beneficiários (dezembro de 2022), nota-se maior concentração de beneficiários nas modalidades Medicina de Grupo (37%), Cooperativa Médica (24%) e Odontologia de Grupo (17%) (70).

Por outro lado, apesar de figurar com apenas 1% no número de operadoras privadas de planos de saúde, a modalidade Seguradora Especializada em Saúde ocupa o 4º lugar em número de beneficiários com 12%. Autogestão por RH e Filantropia representam 1% cada. O Gráfico 6, a seguir, apresenta a distribuição das operadoras privadas de planos de saúde com ou sem odontologia, por número de beneficiários e de acordo com sua modalidade:

Gráfico 6 – Distribuição de Operadoras de Planos Privados de Saúde Com ou Sem Odontologia por Número de Beneficiários de acordo com sua Modalidade



Fonte: o autor.

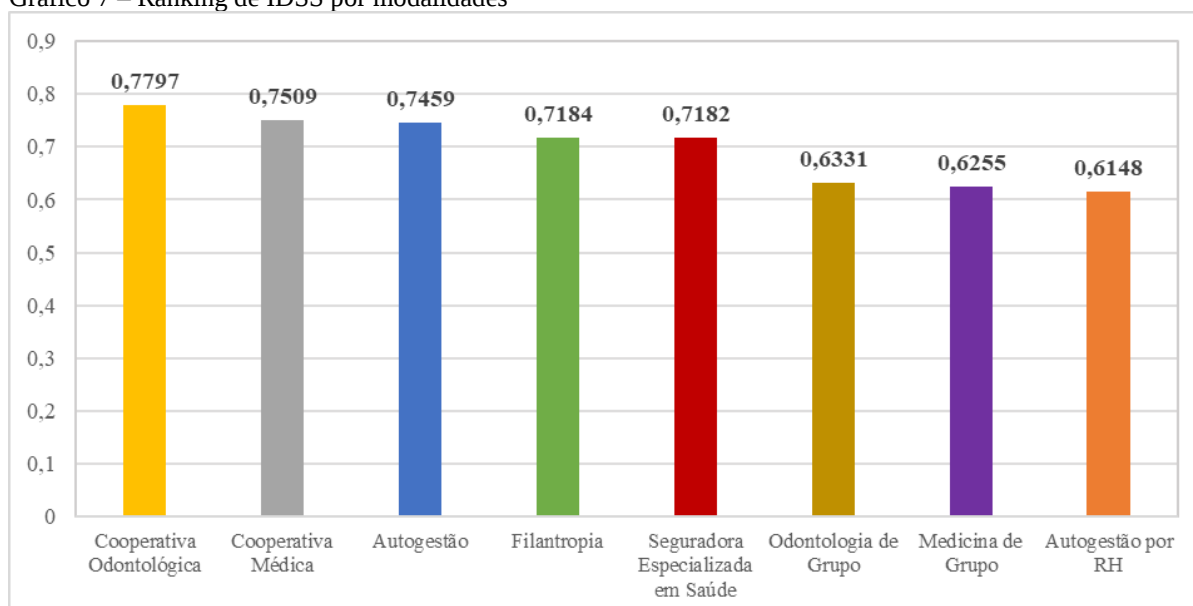
Analisando as operadoras resultantes deste estudo (896), de acordo com a modalidade a qual pertencem, foram calculadas as medianas do IDSS entre as operadoras que compõem o cluster, assim como a mediana do IDSS de todas as operadoras do estudo (0,7159). Pode-se perceber no Quadro 16, que as operadoras das modalidades “Autogestão por RH” (0,6148), “Medicina de Grupo” (0,6255) e “Odontologia de Grupo” (0,6331), apresentam resultados mais distantes da mediana “Todas as Operadoras” (0,7159). O Gráfico 7 ilustra um ranking do maior para o menor IDSS das operadoras por modalidades, com destaque para as operadoras da modalidade “Cooperativa Odontológica” (0,7797).

Quadro 16 – Mediana do IDSS de Todas as Operadoras e por Modalidade

Modalidade	Mediana IDSS
Todas as Operadoras	0,7159
Autogestão	0,7459
Autogestão por RH	0,6148
Cooperativa Médica	0,7509
Cooperativa Odontológica	0,7797
Filantropia	0,7184
Medicina de Grupo	0,6255
Odontologia de Grupo	0,6331
Seguradora Especializada em Saúde	0,7182

Fonte: o autor.

Gráfico 7 – Ranking de IDSS por modalidades



Fonte: o autor.

Ao desdobrar por dimensões, é possível comparar e identificar quais modalidades apresentam melhores desempenhos e quais apresentam os piores. No Quadro 17, podemos constatar que o *cluster* da modalidade “Autogestão” é o único a possuir suas medianas das dimensões, sendo IDQS (0,6652), IDGA (0,5366), IDSM (0,9650) e IDGR (0,9166), acima das medianas de “Todas as Operadoras”, IDQS (0,6509), IDGA (0,4835), IDSM (0,9320) e IDGR (0,8684) respectivamente.

A modalidade “Autogestão por RH” apresenta a pior mediana entre as modalidades na dimensão IDQS (0,4146), a qual se refere a avaliação das ações em saúde, propostas pelas operadoras de planos de saúde, que visam contribuir para o atendimento das necessidades dos beneficiários, por meio de promoções, prevenção e assistência à saúde prestada. Por outro lado, possui o melhor desempenho na dimensão IDSM (1,000), atingindo pontuação máxima,

dimensão na qual se monitora a sustentabilidade da operadora, com foco na satisfação dos beneficiários, compromisso com os prestadores e equilíbrio econômico-financeiro (46).

Na dimensão IDQS, o *cluster* da modalidade “Cooperativa Odontológica” apresentou a melhor mediana entre as modalidades, com 0,9398. A dimensão IDGA, que visa a garantia de acesso e a oferta de rede de prestadores (46), a modalidade “Cooperativa Médica” possui melhor desempenho, com 0,5736, já a modalidade “Odontologia de Grupo” o pior resultado de todas as medianas, entre todas as dimensões, com apenas 0,2577. “Medicina de Grupo” figura com o pior resultado na dimensão IDSM, com 0,8144.

Por fim, a dimensão IDGR, que abarca gestão de processos e regulação, aferindo o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das OPS junto à ANS (46), o *cluster* da modalidade “Filantropia” apresenta o melhor desempenho (0,9526), enquanto o *cluster* da modalidade “Odontologia de Grupo” apresenta o pior desempenho das medianas (0,7324). A seguir, o Quadro 17, com as medianas do IDSS e das dimensões de todas as operadoras e por modalidade:

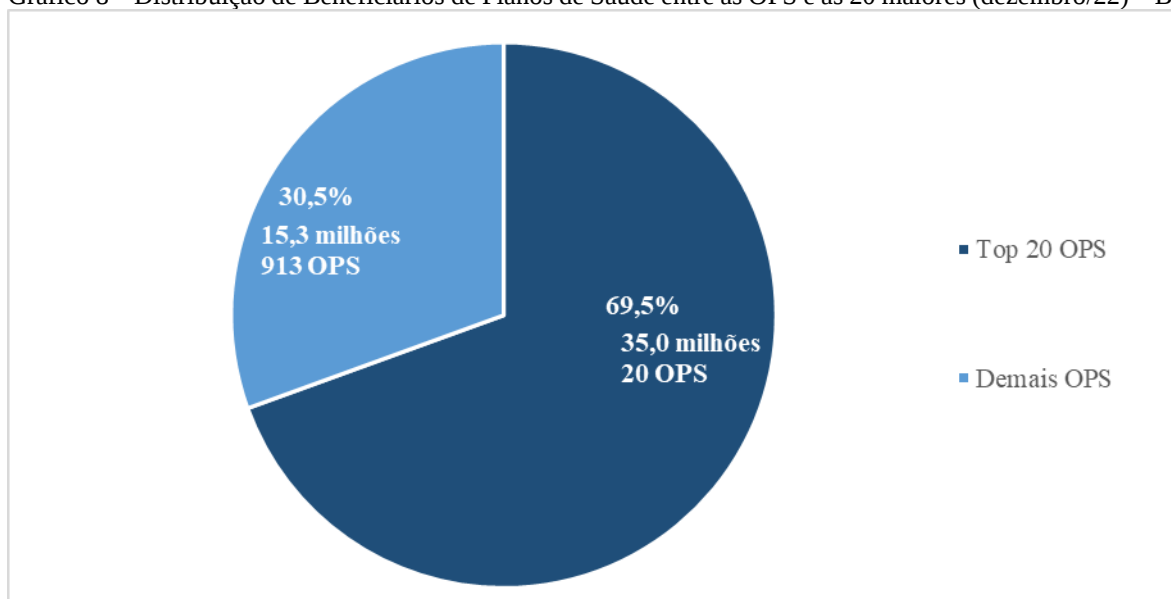
Quadro 17 – Mediana do IDSS e das Dimensões de Todas as Operadoras e por Modalidade

Modalidade	Mediana				
	IDSS	IDQS	IDGA	IDSM	IDGR
Todas as Operadoras	0,7159	0,6509	0,4835	0,9320	0,8684
Autogestão	0,7459	0,6652	0,5366	0,9650	0,9166
Autogestão por RH	0,6148	0,4146	0,3949	1,0000	0,8250
Cooperativa Médica	0,7509	0,6754	0,5736	0,9609	0,9156
Cooperativa Odontológica	0,7797	0,9398	0,5571	0,9870	0,8516
Filantropia	0,7184	0,6127	0,4384	0,9509	0,9526
Medicina de Grupo	0,6255	0,5524	0,3609	0,8144	0,8604
Odontologia de Grupo	0,6331	0,5240	0,2577	0,8625	0,7324
Seguradora Especializada em Saúde	0,7182	0,7225	0,5186	0,9049	0,8271

Fonte: o autor.

Fazemos um recorte em nossa amostragem e elegemos a 20 maiores operadoras de planos privados de saúde com ou sem odontologia, em número de beneficiários, atuantes no Brasil. Em dezembro de 2022, apenas uma fração de cerca de 2,2% das operadoras de planos de saúde concentrava mais de 69,5% dos beneficiários do mercado de saúde suplementar (70). O Gráfico 8, a seguir, mostra a distribuição dos beneficiários das OPS e destaca a concentração entre as 20 maiores OPS do país nesse período:

Gráfico 8 – Distribuição de Beneficiários de Planos de Saúde entre as OPS e as 20 maiores (dezembro/22) – Brasil



Fonte: adaptado (70).

De acordo com essa análise, as 20 maiores operadoras de planos privados de saúde com ou sem odontologia, concentram mais de 69,5% dos beneficiários de planos de saúde no Brasil, cerca de 35,0 milhões de pessoas, e estas OPS representam 2,2% do total de operadoras ativas no período (67). Os outros 30,5%, cerca de 15,3 milhões de pessoas, se encontram distribuídas entre as 913 operadoras restantes, que representam mais de 97,8% da base de OPS no país (67).

O Quadro 18, a seguir, apresenta a relação das 20 maiores operadoras de planos privados de saúde com ou sem odontologia, em número de beneficiários em dezembro de 2022:

Quadro 18 – Relação das 20 Maiores Operadoras de Planos de Saúde em Número de Beneficiários (dezembro/2022)

Posição	Operadora de Plano Privado de Saúde com ou sem Odontologia	Modalidade	Nº de Beneficiários (dezembro/2022)
1	Odontoprev S/A	Odontologia de Grupo	7.284.725
2	Hapvida Assistência Médica Ltda	Medicina de Grupo	3.973.412
3	Bradesco Saúde S.A.	Seguradora Especializada em Saúde	3.446.645
4	Notre Dame Intermédica Saúde S.A.	Medicina de Grupo	3.381.349
5	Amil Assistência Médica Internacional S.A.	Medicina de Grupo	2.703.278
6	Sul América Companhia De Seguro Saúde	Seguradora Especializada em Saúde	2.119.146
7	Central Nacional Unimed - Cooperativa Central	Cooperativa Médica	1.979.169

8	Unimed - Belo Horizonte Cooperativa De Trabalho Médico	Cooperativa Médica	1.496.565
9	Metlife Planos Odontológicos Ltda.	Odontologia de Grupo	1.308.417
10	Dental Uni - Cooperativa Odontológica	Cooperativa odontológica	905.788
11	Unimed Saúde E Odonto S.A	Odontologia de Grupo	731.395
12	Unimed-Rio Cooperativa De Trabalho Médico Do Rio De Janeiro	Cooperativa Médica	725.856
13	Unimed Seguros Saúde S/A	Seguradora Especializada em Saúde	696.773
14	Porto Seguro - Seguro Saúde S/A	Seguradora Especializada em Saúde	680.731
15	Sul América Odontológico S/A	Odontologia de Grupo	656.496
16	Unimed Porto Alegre - Cooperativa Médica Ltda.	Cooperativa Médica	641.378
17	Caixa De Assistência Dos Funcionários Do Banco Do Brasil	Autogestão	589.498
18	Unimed Curitiba - Sociedade Cooperativa De Médicos	Cooperativa Médica	579.554
19	Medisanitas Brasil Assistência Integral À Saúde S/A.	Medicina de Grupo	564.483
20	Unimed Campinas - Cooperativa De Trabalho Médico	Cooperativa Médica	541.202

Fonte: adaptado (70).

Ainda não se pode afirmar sobre a concentração do mercado de operadoras de planos de saúde, em nível nacional e regional, mas mercados mais concentrados geralmente apresentam queda no nível de prestação de serviços, qualidade de atendimento e bem-estar dos usuários. Estima-se que tal aumento de concentração esteja associado, possivelmente as aquisições e fusões entre as OPS (76). As 20 maiores operadoras de planos de saúde estão distribuídas nas modalidades: Autogestão (1), Cooperativa Médica (6), Cooperativa Odontológica (1), Medicina de Grupo (4), Odontologia de Grupo (4) e, Seguradora Especializada em Saúde (4).

Ao analisar o Quadro 19, identifica-se que Unimed-Rio não divulga seus dados desde 2015, impossibilitando a realização do cálculo do IDSS pela ANS, também, não disponibiliza em seu portal na internet, informações sobre o IDSS ou qualquer outro indicador de desempenho e/ou qualificação (77). Para esta pesquisa, foram considerados os resultados do IDSS dos anos de 2011 a 2013 (mediana de 0,7518). Como a operadora possui beneficiários, desta forma, compõem a relação das 20 maiores operadoras do Brasil. As operadoras Caixa de

Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, única representante da modalidade “Autogestão” na relação das 20 maiores, e Medisanitas Brasil S/A. em dois anos, não divulgaram dados para o IDSS.

A operadora Sul América Odontológico S/A não possui dado do IDSS divulgado do ano de 2011, ano no qual concluiu a aquisição da Dental PLAN no primeiro trimestre do ano, com isso a companhia inicia o processo de integração desta empresa com o segmento de seguro saúde e odontológico (78). O Quadro 19, a seguir, permite uma análise histórica de cada operadora e a sua mediana no IDSS, foram sinalizadas as operadoras com resultados Não Divulgado, ND:

Quadro 19 – Série Histórica do IDSS das 20 Maiores Operadoras de Planos de Saúde do Brasil (dezembro/2022)

Unimed Seguros Saúde S/A	Seguradora Especializada em Saúde	0,7910	0,6873	0,7246	0,7278	0,8297	0,8509	0,9062	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	0,8403
Porto Seguro - Seguro Saúde S/A	Seguradora Especializada em Saúde	0,6897	0,7614	0,7857	0,7980	0,8960	0,8665	0,7674	0,7423	0,8091	0,7913	0,8182	0,7885
Sul América Odontológico S/A	Odontologia de Grupo	ND	0,3702	0,4508	0,9233	0,8686	0,9167	0,7506	0,7736	0,8298	0,8157	0,8605	0,8157
Unimed Porto Alegre - Cooperativa Médica Ltda.	Cooperativa Médica	0,7692	0,6960	0,7661	0,8505	0,7637	0,8941	0,9181	1,0000	1,0000	0,7798	0,8390	0,8094
Caixa De Assistência Dos Funcionários Do Banco Do Brasil	Autogestão	0,8157	0,7845	0,7594	0,7527	0,8207	0,7943	ND	ND	0,5925	0,6808	0,7191	0,7720
Unimed Curitiba - Sociedade Cooperativa De Médicos	Cooperativa Médica	0,7332	0,7085	0,8500	0,8621	0,7814	0,8479	0,8997	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	0,8561
Medisanitas Brasil Assistência Integral À Saúde S/A.	Medicina de Grupo	0,2001	ND	ND	0,5475	0,7642	0,7507	0,7394	0,7930	0,8892	1,0000	1,0000	0,7575
Unimed Campinas - Cooperativa De Trabalho Médico	Cooperativa Médica	0,8026	0,781	0,7784	0,8068	0,8383	0,8896	0,8037	0,8210	0,7080	0,7871	0,7902	0,8032

Fonte: o autor.

Merecem destaque neste estudo a presença do sistema cooperativo Unimed, integrante do *cluster* da modalidade “Cooperativa Médica”, com mais de 19 milhões de beneficiários, composto por 340 cooperativas, cerca de 118 mil médicos cooperados, 150 hospitais próprios, e mais de 29 mil hospitais, clínicas e serviços credenciados (79). Outro destaque é a presença da Odontoprev S/A, do cluster da modalidade “Odontologia de Grupo”, atualmente a maior operadora de plano de saúde do Brasil, com mais de 7 milhões de beneficiários, atuando com planos exclusivamente odontológicos, o que representa 23,9% do número de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos em dezembro de 2022 (30.511.871) (68).

As OPS Hapvida Assistência Médica Ltda. e a Notre Dame Intermédica S/A., segunda e quarta maiores operadoras de planos de saúde em número de beneficiários respectivamente, são outro ponto de atenção deste estudo, ao somarem em conjunto mais 7,3 milhões de pessoas em sua cobertura de serviços, visto que em 11 de fevereiro de 2022, ambas as companhias, que compõem o *cluster* da modalidade “Medicina de Grupo”, anunciaram a consumação da combinação de negócios entre as empresas, criando assim a maior OPS em número de beneficiários no país (80).

Vale ressaltar que todas as 20 maiores operadoras, ilustradas no Quadro 19, apresentaram suas medianas do IDSS acima da mediana do IDSS de Todas as Operadoras (0,7159), e seu desempenho, também, foi acima das medianas do IDSS por modalidade: “Autogestão” (0,7459); “Cooperativa Médica” (0,7509); “Cooperativa Odontológica” (0,7797); “Medicina de Grupo” (0,6255); “Odontologia de Grupo” (0,6331), e; “Seguradora Especializada em Saúde” (0,7182).

Por fim, ao analisar a série histórica, apenas quatro operadoras mantêm seu IDSS em pontuação máxima (1,000) consecutivamente nos três últimos anos (2019, 2020 e 2021), todas essas quatro pertencem ao Sistema Unimed e compõem o *cluster* da modalidade “Cooperativa Médica”, sendo elas: Central Nacional Unimed – Cooperativa Central, Unimed Belo Horizonte, Unimed Seguros Saúde e Unimed Curitiba. A OPS com maior mediana de IDSS, dentre as 20 maiores OPS em número de beneficiários, é a Unimed Belo Horizonte (0,9435) e a com menor mediana de IDSS, é a Sul América Companhia de Seguro Saúde (0,7413).

Aderir ao Programa de Qualificação das Operadoras deve ser visto não apenas como uma obrigatoriedade em reportar dados e informações para a ANS e por fim, gerar uma pontuação diante do realizado. O IDSS deve ser utilizado para interferir nos processos, por exemplo, na dimensão do IDQS, indicador base 1.1 – Proporção de Parto Cesáreo, se este estiver acima do esperado/desejado, pode levar à revisão dos protocolos de indicação, dos protocolos de liberação do procedimento, talvez, mais criteriosos e alinhados aos protocolos

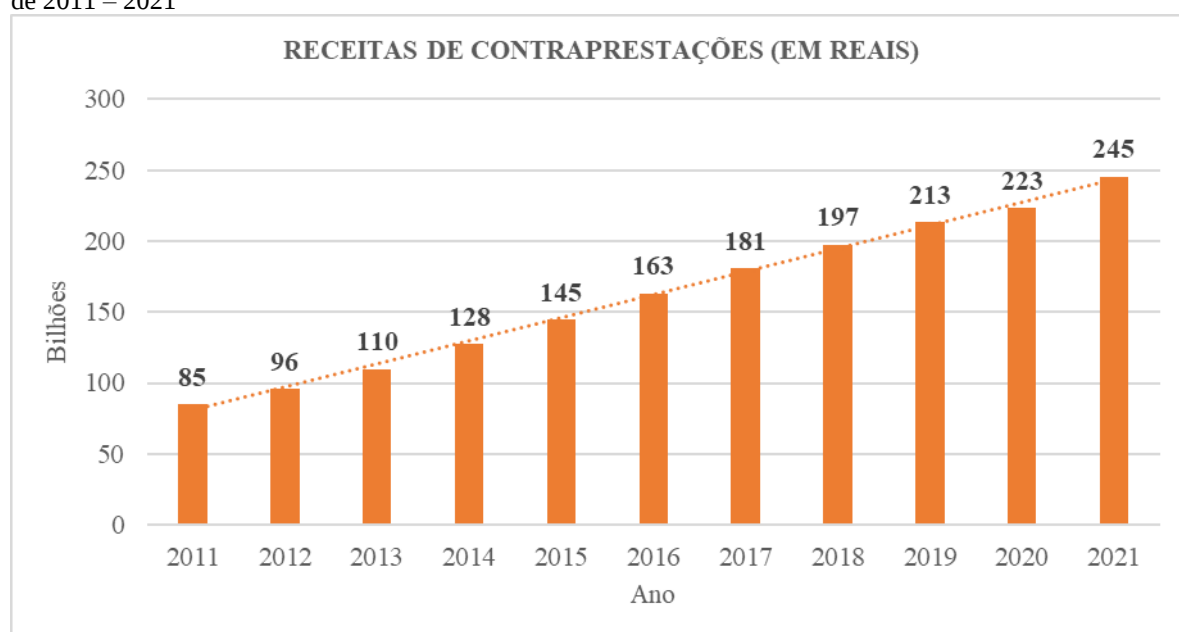
definidos, ou ainda da remuneração dos envolvidos. É a OPS, por meio da sua equipe de gestão, olhar os resultados e identificar o que é necessário para sua organização (72), é fazer uso do IDSS como ferramenta de gestão. Os indicadores, por si só, não levam à mudança, eles podem ser a justificativa para tomadas de decisão, a fim de implementar novas estratégias, novas rotinas ou novos instrumentos (72).

4.3 ANÁLISE DO IDSS, DOS DEMONSTRATIVOS FINANCEIROS E DA SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DAS OPS

Com o propósito de responder aos objetivos específicos “c” e “d”, nesta seção, apresentam-se os dados do IDSS relacionados aos demonstrativos financeiros, sinistralidade e satisfação dos beneficiários das operadoras de planos de saúde no Brasil.

Indicador importante da saúde suplementar no Brasil é o de Receitas de Contraprestações das Operadoras (em Reais), a receita de contraprestação no mercado de saúde é reconhecida mensalmente, conforme o período de vigência decorrido do contrato, para cada período de risco coberto pela OPS, haverá o reconhecimento de receita (69). Acompanhando o crescimento no número de beneficiários, as receitas de contraprestações apresentaram um aumento de 188,2% ao comparar o ano de 2011 (R\$ 85 bilhões) com 2021 (R\$ 245 bilhões). O Gráfico 9 a seguir, apresenta a evolução das receitas de Contraprestações das OPS:

Gráfico 9 – Evolução das Receitas de Contraprestações (em reais) das Operadoras de Planos de Saúde de 2011 – 2021



Fonte: (68).

Pode-se observar o comportamento das Receitas de Contraprestações por *clusters* das modalidades às quais as operadoras de planos privados de saúde com ou sem odontologia são denominadas, conforme apresenta o Quadro 20, a seguir, o qual apresenta a evolução das receitas de contraprestações em bilhões de reais de todas as modalidades com exceção da modalidade “Autogestão por RH”:

Quadro 20 – Série Histórica das Receitas de Contraprestações das OPS por Modalidade (2011-2021)

Modalidade	Receitas de Contraprestações (em bilhões de reais)										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Autogestão	8,6	9,7	11,5	14,0	16,1	18,5	20,7	22,1	24,2	24,5	25,5
Autogestão por RH	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Cooperativa Médica	26,4	30,1	34,5	40,4	46,4	52,2	56,7	62,4	69,6	74,5	82,0
Cooperativa Odontológica	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
Filantropia	1,0	1,1	1,3	1,5	1,6	1,9	2,1	2,3	2,6	2,8	3,0
Medicina de Grupo	18,6	21,7	25,3	30,2	36,4	43,6	50,3	55,6	61,1	64,7	72,3
Odontologia de Grupo	1,1	1,3	1,5	1,7	1,8	2,0	2,2	2,4	2,8	2,7	2,9
Seguradora Especializada em Saúde	11,5	12,2	21,5	27,0	32,3	35,4	39,4	42,6	45,8	47,8	51,7

Fonte: adaptado (61).

Ao analisar o Quadro 20, identificamos que ao comparar as receitas de contraprestações das OPS do ano de 2011 com 2021, a modalidade “Seguradora Especializada em Saúde” teve aumento de 349,5% em suas receitas, do outro lado a modalidade “Cooperativa Odontológica” obteve o aumento menos significativo (100%). Cientes do advento da Pandemia do Novo Coronavírus no ano de 2020 (71), comparamos os demonstrativos financeiros da rubrica de receitas de contraprestações dos anos 2019 e 2021, sendo o primeiro o ano antes da pandemia e o segundo o ano em que a campanha de vacinação estava em curso e o cenário mais controlado. Tal comparação será aplicada as análises das Despesas Assistenciais e do Índice de Sinistralidade, apresentadas a seguir nesta pesquisa.

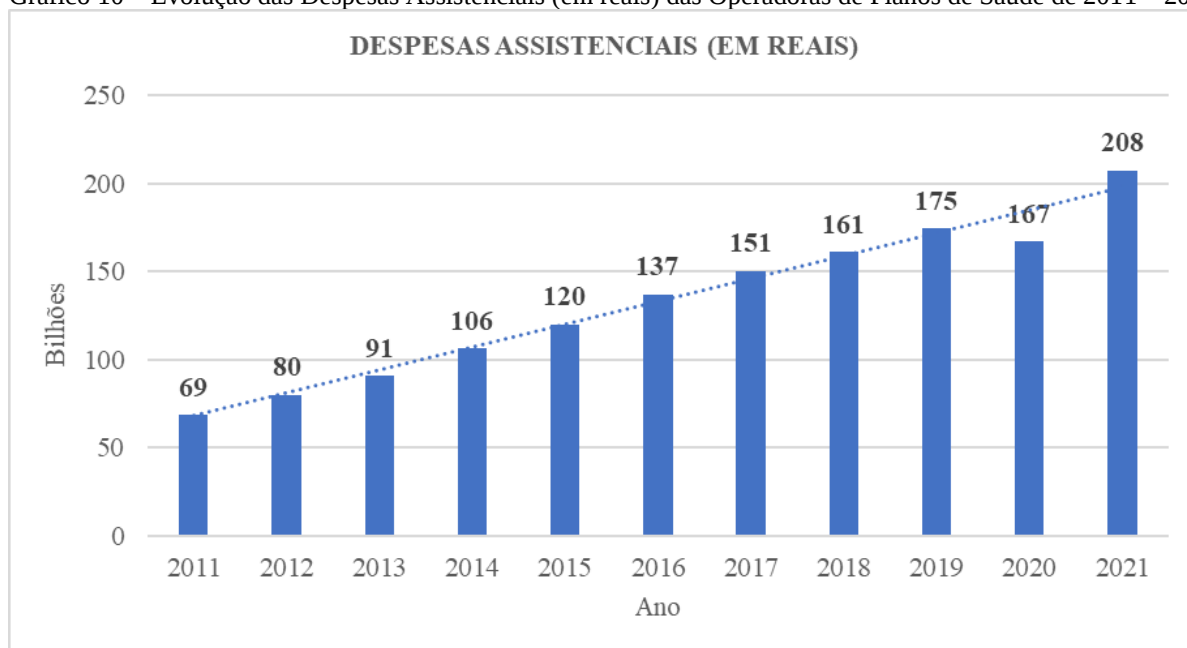
Comparando 2019 com 2021, as modalidades “Cooperativa Médica” e “Medicina de Grupo” apresentaram melhor resultado em suas receitas, com aumento de 17,8% e 18,3%, respectivamente. Com menor desempenho, a modalidade “Odontologia de Grupo” apresentou crescimento de apenas 3,5% em suas receitas de contraprestação. Ao analisar os cenários de 2020 e 2021, com a retomada das demandas dos serviços de saúde com a pandemia mais

controlada, a modalidade que apresentou desempenho mais baixo das demais modalidades foi a de “Autogestão” (4%) e com desempenho mais alto entre as modalidades a “Medicina de Grupo” (11,7%).

Compõe o quadro de indicadores obrigatoriamente informados pelas operadoras de planos de saúde (27), os dados de Despesas Assistenciais, que são os custos atrelados às despesas de saúde com os pacientes. Na mesma corrente das Receitas de Contraprestações, as Despesas Assistenciais das operadoras privadas de planos de saúde apresentaram crescimento ano a ano, apresentando uma queda no ano 2020, ano em que foi declarada a Pandemia da SARS-CoV-2, Novo Coronavírus, período no qual os atendimentos ambulatoriais e cirurgias eletivas foram suspensos pelo Ministério da Saúde (71).

O Gráfico 10, a seguir, apresenta o comportamento das despesas assistenciais em reais, entre 2011 e 2021. Os custos assistenciais aumentaram em 201,4% ao comparar o ano de 2011 (R\$ 69 bilhões) com 2021 (R\$ 208 bilhões). Na série histórica analisada, evidencia-se que as despesas assistenciais aumentaram em descompasso com as receitas de contraprestações.

Gráfico 10 – Evolução das Despesas Assistenciais (em reais) das Operadoras de Planos de Saúde de 2011 – 2021



Fonte: (68).

Estratificamos, também, a evolução das Despesas Assistenciais das operadoras de planos de saúde por modalidade, o Quadro 20, apresenta a série histórica de 2011 a 2021 das despesas de todas as modalidades, à exceção da modalidade “Autogestão por RH” que não possui dados divulgados, conforme estratificação da plataforma ANS TABNET (61). A seguir, o Quadro 21, com as Despesas Assistenciais em bilhões de reais por modalidades:

Quadro 21 – Série Histórica das Despesas Assistenciais das OPS por Modalidade (2011-2021)

Modalidade	Despesas Assistenciais (em bilhões de reais)										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Autogestão	8,0	9,2	10,7	12,9	15,4	17,5	19,6	20,6	21,5	19,0	22,7
Autogestão por RH	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Cooperativa Médica	21,7	24,9	29,2	34,2	38,7	44,2	47,4	51,2	57,7	55,9	69,3
Cooperativa Odontológica	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5
Filantropia	0,8	0,9	1,1	1,2	1,3	1,5	1,7	1,8	2,0	1,9	2,5
Medicina de Grupo	14,8	17,5	20,7	24,7	29,2	35,6	40,4	44,3	49,7	47,8	61,3
Odontologia de Grupo	0,5	0,6	0,6	0,7	0,8	0,9	0,9	1,1	1,2	1,0	1,1
Seguradora Especializada em Saúde	9,8	11,6	17,4	23,2	27,9	31,1	34,3	36,2	38,4	39,1	46,7

Fonte: adaptado (61).

No comparativo permitido pelo Quadro 21, evidencia-se que entre 2011 e 2021, a modalidade “Seguradora Especializada em Saúde” desempenhou um aumento significativo de 376,5% em suas despesas, percentual maior (7,7%) que das receitas de contraprestações (Quadro 20) na análise do mesmo período (349,5%). Já a modalidade “Cooperativa Odontológica” teve o melhor resultado entre as modalidades no comparativo (219,3%), ao comparar os períodos.

Ao colocar lado a lado as despesas assistenciais de 2019 e de 2021, as modalidades “Medicina de Grupo” e “Filantropia” apresentaram os piores resultados, 23,3% e 25% respectivamente. Por outro olhar, a modalidade “Odontologia de Grupo” (9%) obteve redução nas suas despesas assistenciais entre os períodos, mas ao comparar 2020 e 2021, a modalidade aumentou os 9%. Tal resultado ainda é considerado o melhor entre as modalidades, ao contrário de “Filantropia” e “Medicina de Grupo” que mantiveram aumento significativo entre as modalidades, 31,5% e 28,2% respectivamente.

No ano de 2021, as 20 maiores operadoras de planos de saúde somaram mais de 121,3 bilhões de reais em receitas de contraprestações. Destacamos as três maiores operadoras em número de receitas no ano, sendo: Bradesco Saúde S.A. (26,8 bilhões), Amil Assistência Médica Internacional S.A. (19,4 bilhões) e Sul América Companhia de Seguro Saúde (19,0 bilhões). O Quadro 22, a seguir, apresenta o demonstrativo financeiro, com receitas de contraprestações e despesas assistenciais, das 20 maiores operadoras de planos de saúde, no ano de 2021:

Quadro 22 – Receitas de Contraprestações e Despesas Assistenciais do ano de 2021 das 20 maiores OPS

Operadora de Plano Privado de Saúde com ou sem Odontologia	Modalidade	Nº de Beneficiários (dezembro/2022)	2021	
			Receitas de Contraprestações (R\$)	Despesas Assistenciais (R\$)
Odontoprev S/A	Odontologia de Grupo	7.284.725	1.809.030.159,00	702.833.047,00
Hapvida Assistência Médica Ltda	Medicina de Grupo	3.973.412	7.477.092.979,00	5.561.312.234,00
Bradesco Saúde S.A.	Seguradora Especializada em Saúde	3.446.645	26.836.625.786,00	25.572.889.561,00
Notre Dame Intermédica Saúde S.A.	Medicina de Grupo	3.381.349	9.662.274.653,00	8.122.617.136,00
Amil Assistência Médica Internacional S.A.	Medicina de Grupo	2.703.278	19.484.933.662,00	17.633.070.852,00
Sul América Companhia De Seguro Saúde	Seguradora Especializada em Saúde	2.119.146	19.096.375.853,00	16.409.926.157,00
Central Nacional Unimed - Cooperativa Central	Cooperativa Médica	1.979.169	6.032.404.197,00	5.064.711.860,00
Unimed - Belo Horizonte Cooperativa De Trabalho Médico	Cooperativa Médica	1.496.565	4.867.570.654,00	3.715.815.360,00
Metlife Planos Odontológicos Ltda.	Odontologia de Grupo	1.308.417	273.565.348,00	109.736.634,00
Dental Uni - Cooperativa Odontológica	Cooperativa odontológica	905.788	118.314.598,00	38.048.874,00
Unimed Saúde E Odonto S.A.	Odontologia de Grupo	731.395	116.777.902,00	54.932.520,00
Unimed-Rio Cooperativa De Trabalho Médico Do Rio De Janeiro	Cooperativa Médica	725.856	4.999.650.888,00	4.188.677.019,00
Unimed Seguros Saúde S/A	Seguradora Especializada em Saúde	696.773	2.402.070.281,00	1.838.616.164,00
Porto Seguro - Seguro Saúde S/A	Seguradora Especializada em Saúde	680.731	2.109.455.135,00	1.658.990.115,00
Sul América Odontológico S/A	Odontologia de Grupo	656.496	80.605.604,00	42.129.705,00
Unimed Porto Alegre - Cooperativa Médica Ltda.	Cooperativa Médica	641.378	3.349.016.722,00	2.909.119.514,00
Caixa De Assistência Dos Funcionários Do Banco Do Brasil	Autogestão	589.498	6.335.004.577,00	5.771.261.366,00
Unimed Curitiba - Sociedade Cooperativa De Médicos	Cooperativa Médica	579.554	2.999.585.252,00	2.701.371.463,00
Medisanitas Brasil Assistência Integral À Saúde S/A.	Medicina de Grupo	564.483	652.705.368,00	523.620.735,00

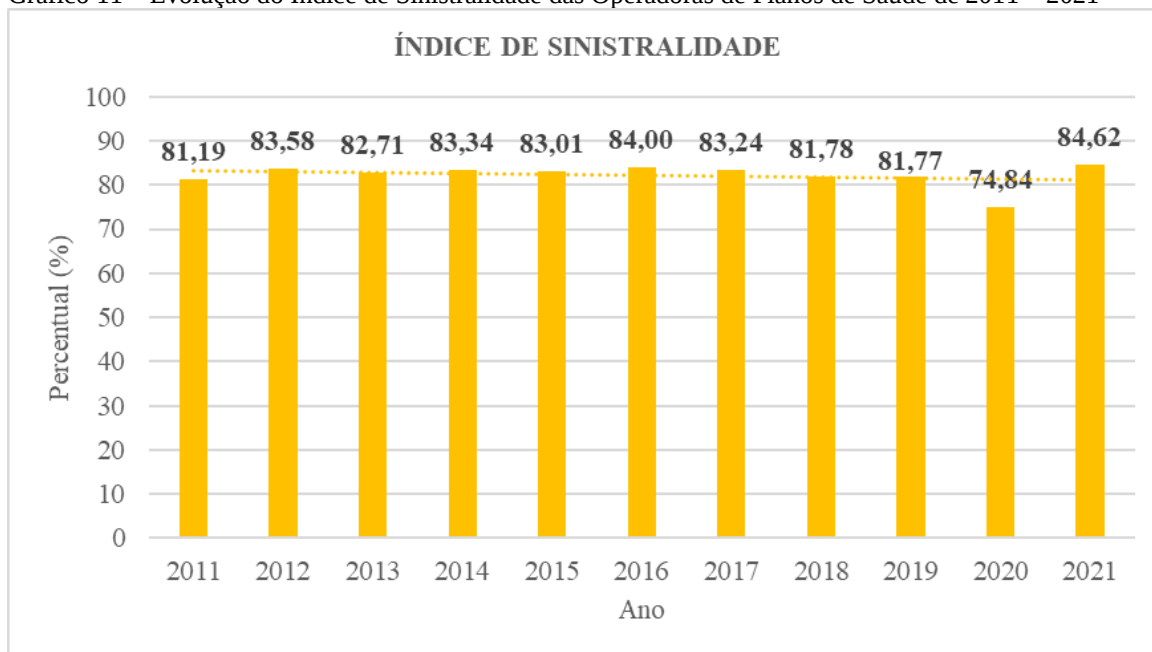
Unimed Campinas - Cooperativa De Trabalho Médico	Cooperativa Médica	541.202	2.685.260.473,00	2.334.494.792,00
--	-----------------------	---------	------------------	------------------

Fonte: adaptado (61).

Consequentemente, pode-se evidenciar que as três maiores OPS em número de receitas de contraprestações, são as maiores em número de despesas assistências: Bradesco Saúde S.A. (25,5 bilhões), Amil Assistência Médica Internacional S.A. (17,6 bilhões) e Sul América Companhia de Seguro Saúde (16,4 bilhões). Ao calcular a sinistralidade, em 2021, destas três operadoras, a Sul América Companhia de Seguro Saúde apresentou melhor desempenho, com um índice de 85,9, ante 95,2 da Bradesco Saúde S.A. e 90,4 da Amil Assistência Médica Internacional S.A. Ao somar as despesas assistenciais do grupo das 20 maiores OPS, estas ultrapassam a marca de 104,9 bilhões de reais. Cabe aqui destacar que, nem sempre, a maior receita consequentemente é o sinal de melhor desempenho econômico-financeiro, se faz importante analisar a sinistralidade.

O Índice de Sinistralidade da operadora privada de plano de saúde, é o indicador que retrata a razão entre as receitas de contraprestação da OPS e das despesas assistenciais, desta forma, constitui como uma importante referência para gestão e sustentabilidade financeira da operadora, e consequentemente, norteia a organização frente as perspectivas de manutenção adequada de atendimento aos seus beneficiários. O Gráfico 11 evidencia a evolução do Índice de Sinistralidade das Operadoras de Planos de Saúde:

Gráfico 11 – Evolução do Índice de Sinistralidade das Operadoras de Planos de Saúde de 2011 – 2021



Fonte: o autor.

A série história apresenta dados do período de 2011 a 2021, a análise mostra a redução do índice de sinistralidade no ano de 2020 (74,84%), impactado pelo decreto da pandemia da SARS-CoV-2, em maio daquele ano pelo Ministério da Saúde, onde os atendimentos ambulatoriais (consultas e exames de rotina, por exemplo) e procedimentos cirúrgicos eletivos foram temporariamente suspensos (71). No ano seguinte, 2021, o índice de sinistralidade atingiu seu patamar mais alto dentro da série histórica, com 84,62%.

O aumento no índice de sinistralidade pós-período crítico da pandemia do Novo Coronavírus pode ser explicado pela retomada das atividades econômicas, escolares e consequentemente, da demanda represada durante o período de *lockdown*. Evidencia-se tais comportamentos por indicadores hospitalares, como a retomadas das taxas de ocupação em 2022 de 76,64%, com percentuais semelhantes aos pré-pandemia, assim como, a média de permanência do paciente em hospitais que caiu para 4,29 dias, próximos daqueles observados antes da pandemia. Com uma média de permanência diminuindo, permite o giro de leito mais rápido, consequentemente, mais leitos estão disponíveis para novas internações, exames e procedimentos cirúrgicos (72).

Detalhamos o comportamento do Índice de Sinistralidades das operadoras de planos de saúde por modalidade, contemplando todas as modalidades, exceto a modalidade “Autogestão por RH” que não possui dados divulgados (61). O Quadro 23, a seguir, apresenta a série histórica do índice de sinistralidade das OPS por modalidade:

Quadro 23 – Série Histórica do Índice de Sinistralidade das OPS por Modalidade (2011-2021)

Modalidade	Índice de Sinistralidade										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Autogestão	92,4	94,7	92,7	92,5	95,8	94,3	94,6	93,1	88,6	77,5	89,0
Autogestão por RH	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Cooperativa Médica	82,3	82,8	84,7	84,7	83,4	84,6	83,6	82,0	82,9	75,0	84,5
Cooperativa Odontológica	65,5	65,3	61,6	60,0	62,5	63,4	63,7	64,8	61,7	52,8	55,8
Filantropia	81,7	83,3	83,1	79,0	77,8	81,0	79,2	76,9	77,0	68,6	81,2
Medicina de Grupo	79,4	80,6	81,7	82,0	80,2	81,6	80,4	79,8	81,3	73,8	84,8
Odontologia de Grupo	45,3	46,0	42,1	43,1	42,9	45,1	43,0	43,8	42,4	35,9	38,6
Seguradora Especializada em Saúde	84,9	95,0	81,1	85,9	86,4	87,8	87,2	85,0	83,9	81,8	90,4

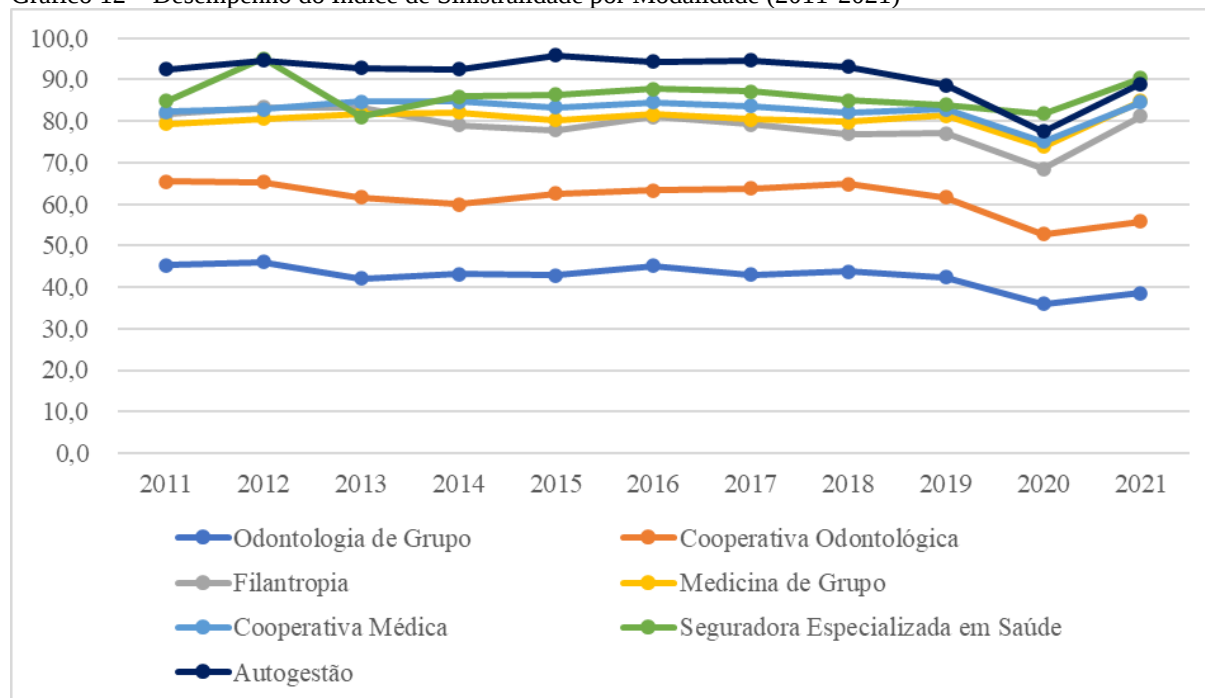
Fonte: o autor.

Decorrente do aumento das despesas assistenciais, como visto no Quadro 21, a modalidade “Seguradora Especializada em Saúde” apresentou o maior percentual no comparativo de 2011 e 2021, quanto ao Índice de Sinistralidade, com cerca de 6,4%, resultado próximo da modalidade “Medicina de Grupo” (6,8%). Os melhores resultados da sinistralidade do comparativo ficaram por conta das operadoras de planos de saúde exclusivamente odontológicas, “Cooperativa Odontológica” e “Odontologia de Grupo”, que reduziram o índice de sinistralidade em 17,3% cada.

No cenário de analisar um ano antes da pandemia (2019) e o ano de maior controle e retomada (2021), as operadoras que compõem a modalidade “Seguradora Especialidade em Saúde” tiveram resultados ruins entre as modalidades, com aumento de 7,7% na sua sinistralidade. As operadoras exclusivamente odontológicas novamente registraram queda na sua sinistralidade, com redução de aproximadamente 10%. Na comparação 2020 e 2021, a modalidade “Cooperativa Odontológica” obteve melhor desempenho entre as demais modalidades (5,6%), por outro lado, a modalidade “Filantropia”, possui a pior desempenho (18,3%), reflexo do aumento das suas despesas assistenciais, como mencionado anteriormente.

O Gráfico 12, apresenta o comportamento do índice de sinistralidade durante o período do estudo, de 2011 a 2021, por modalidade:

Gráfico 12 – Desempenho do Índice de Sinistralidade por Modalidade (2011-2021)

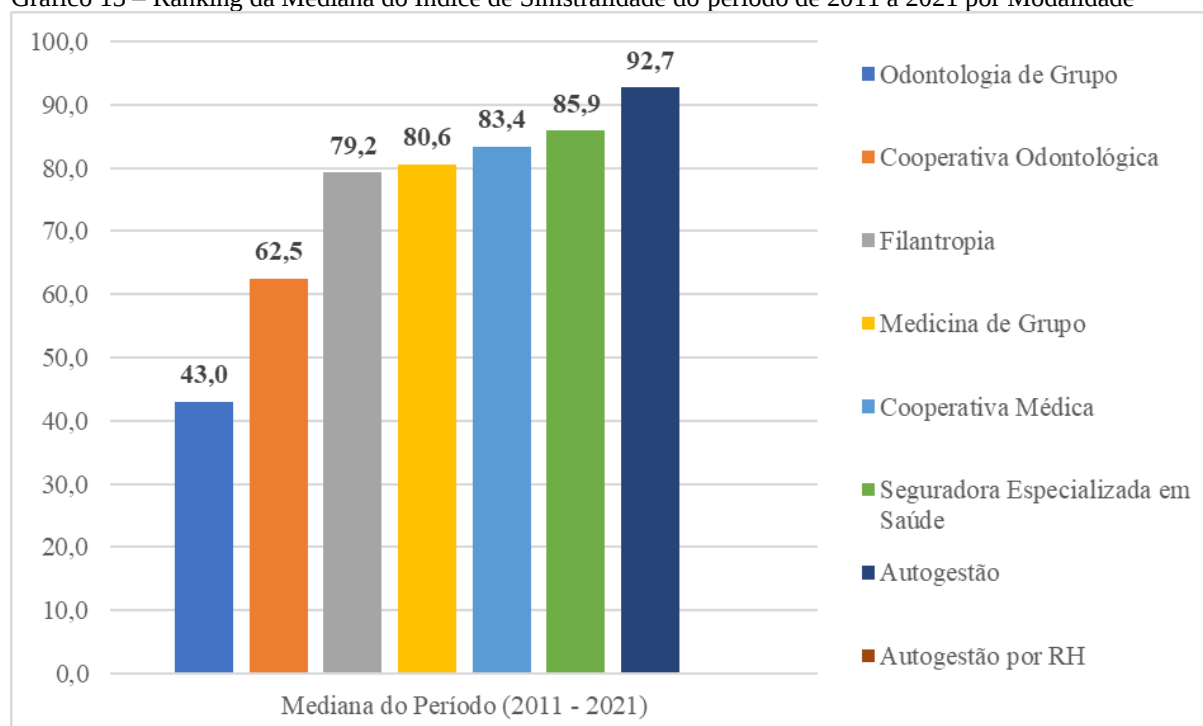


Fonte: o autor.

Outra perspectiva de análise do Índice de Sinistralidade pode ser observada por meio do Gráfico 13, o qual apresenta um ranking da mediana do índice de sinistralidade no período de 2011 até 2021. Com exceção do *cluster* da modalidade “Autogestão por RH”, todas as demais modalidades compõem o ranking. O *cluster* da modalidade “Odontologia de Grupo” possui a melhor mediana entre as demais modalidades, com 43,0%, na outra ponta do ranking, e que ativa sinal de alerta quanto a sua sustentabilidade, o *cluster* da modalidade “Autogestão”, com 92,7%, apesar de apresentar nos últimos três anos um índice de sinistralidade abaixo da sua mediana (2019 – 88,6%; 2020 – 77,5%; 2021 – 89,0%).

A seguir, o Gráfico 13, com o ranking da mediana do índice de sinistralidade do período de 2011 até 2021 por modalidade:

Gráfico 13 – Ranking da Mediana do Índice de Sinistralidade do período de 2011 a 2021 por Modalidade



Fonte: o autor.

Aplicamos um recorte em nossa amostragem para analisar a série histórica do índice de sinistralidade das 20 maiores operadoras de planos privados de saúde com ou sem odontologia em número de beneficiários (dezembro/2022) (70). Tal recorte permite uma análise focal, de operadoras fora das análises até aqui apresentadas por *cluster* de modalidades. Essa análise possui relevância, visto que as 20 maiores OPS relacionadas representam 69,5% da concentração do total de beneficiários no mercado regulado pela ANS (67).

O Quadro 24, a seguir, permite uma análise da série histórica do índice de sinistralidade de cada operadora que compõem o grupo das 20 maiores em números de beneficiários, do período de 2011 a 2021, e a sua mediana do índice de sinistralidade do período:

Quadro 24 – Série Histórica do Índice de Sinistralidade das 20 Maiores Operadoras de Planos de Saúde do Brasil (dezembro/2022)

Operadora de Plano Privado de Saúde com ou sem Odontologia	Modalidade	Índice de Sinistralidade (%)											
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Mediana
Odontoprev S/A	Odontologia de Grupo	44,38	46,31	41,52	42,90	42,48	45,03	45,13	44,13	44,33	38,10	38,85	44,13
Hapvida Assistência Médica Ltda	Medicina de Grupo	72,42	76,23	73,64	72,05	72,46	70,55	69,03	70,13	76,18	63,58	74,38	72,42
Bradesco Saúde S.A.	Seguradora Especializada em Saúde	85,52	100,80	80,14	86,61	88,54	91,81	91,43	89,00	88,07	87,09	95,29	88,54
Notre Dame Intermédica Saúde S.A.	Medicina de Grupo	79,33	83,63	79,62	79,72	76,21	75,18	75,82	73,44	73,74	70,57	84,07	76,21
Amil Assistência Médica Internacional S.A.	Medicina de Grupo	76,49	78,62	80,89	84,73	81,48	84,85	83,32	85,70	88,54	79,10	90,50	83,32
Sul América Companhia De Seguro Saúde	Seguradora Especializada em Saúde	87,84	90,60	81,66	82,66	81,25	81,10	80,68	80,14	79,88	78,07	85,93	81,25
Central Nacional Unimed - Cooperativa Central	Cooperativa Médica	86,11	87,60	90,73	92,82	91,84	93,14	89,37	77,29	81,93	76,88	83,96	87,60
Unimed - Belo Horizonte Cooperativa De Trabalho Médico	Cooperativa Médica	85,27	80,97	76,17	80,52	78,28	75,80	81,28	77,99	79,38	68,89	76,34	78,28
Metlife Planos Odontológicos Ltda.	Odontologia de Grupo	62,13	56,30	55,70	58,22	58,53	54,42	48,24	47,52	46,39	35,16	40,11	54,42
Dental Uni - Cooperativa Odontológica	Cooperativa odontológica	52,70	45,21	43,34	39,49	48,80	50,73	48,68	50,05	48,19	35,75	32,16	48,19
Unimed Saúde E Odonto S.A	Odontologia de Grupo	37,64	50,98	47,18	46,28	50,66	54,93	43,76	47,16	47,37	38,95	47,04	47,16

Unimed-Rio Cooperativa De Trabalho Médico Do Rio De Janeiro	Cooperativa Médica	76,42	75,63	91,04	90,39	79,42	81,00	78,84	79,13	82,15	72,15	83,78	79,42
Unimed Seguros Saúde S/A	Seguradora Especializada em Saúde	75,20	74,33	80,35	85,94	89,78	84,65	82,51	80,96	71,31	63,30	76,54	80,35
Porto Seguro - Seguro Saúde S/A	Seguradora Especializada em Saúde	78,65	79,67	79,18	75,65	75,21	79,23	77,68	76,42	75,73	71,00	78,65	77,68
Sul América Odontológico S/A	Odontologia de Grupo	-	51,28	45,28	48,74	45,10	56,21	42,15	52,29	54,14	44,69	52,27	50,01
Unimed Porto Alegre - Cooperativa Médica Ltda.	Cooperativa Médica	85,72	84,90	87,15	88,83	86,07	86,89	82,20	84,16	87,44	79,51	86,86	86,07
Caixa De Assistência Dos Funcionários Do Banco Do Brasil	Autogestão	91,04	100,08	96,52	99,00	104,09	102,92	102,26	103,15	88,01	77,48	91,10	99,00
Unimed Curitiba - Sociedade Cooperativa De Médicos	Cooperativa Médica	85,40	86,37	84,89	84,71	85,64	85,55	87,31	86,25	87,31	79,81	90,06	85,64
Medisanitas Brasil Assistência Integral À Saúde S/A.	Medicina de Grupo	77,41	91,47	97,21	101,10	121,55	84,60	81,49	81,78	84,26	75,95	80,22	84,26
Unimed Campinas - Cooperativa De Trabalho Médico	Cooperativa Médica	81,53	82,60	83,66	86,07	88,77	88,67	87,64	87,54	89,07	74,44	86,94	86,94

Fonte: o autor.

Podemos observar no Quadro 24, que 60% das OPS que compõem o grupo das 20 maiores operadoras de planos de saúde no Brasil possuem sua mediana do índice de sinistralidade acima da mediana da modalidade na série histórica. Destaca-se significativamente, entre as 20 OPS, a operadora “Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil” do cluster “Autogestão”, com mais de 589 mil beneficiários em sua carteira, apresentar mediana 99,00, o maior índice do grupo.

Entre as “Cooperativas Médicas”, representadas pelo sistema Unimed, das seis OPS presentes na relação apenas duas tiveram a mediana do índice de sinistralidade abaixo da mediana da modalidade, sendo a Central Nacional Unimed – Cooperativa Central com o pior desempenho (87,60) entre as cooperativas, ao contrário da Unimed Belo Horizonte que possui o melhor desempenho no quesito sinistralidade (78,28). A única OPS da modalidade “Cooperativa Odontológica” presente no grupo das 20 maiores do Brasil, Dental Uni (48,19), apresentou mediana da série histórica abaixo da mediana de sua modalidade (62,50).

Representando 19,8% do total de beneficiários com planos privados de saúde no país, as operadoras da modalidade “Odontologia de Grupo” que compõem o quadro das 20 maiores desempenharam o índice de sinistralidade acima da mediana do cluster a qual pertencem, com destaque negativo para a operadora Metlife Planos Odontológicos Ltda. (54,42), obtendo o pior resultado da modalidade. Porém, cabe ressaltar, que as medianas do índice de sinistralidade das operadoras com planos exclusivamente odontológicos (Cooperativa Odontológica e Odontologia de Grupo), ainda, apresentam desempenho significativamente mais favorável (apresentando índices próximos a 50,00) que as operadoras que comercializam planos de assistência médica ou planos de assistência médica e odontológica.

Das quatro operadoras da modalidade “Seguradora Especializada em Saúde” do quadro, apenas uma apresentou sua mediana acima da mediana da modalidade (85,90), sendo a empresa Bradesco Saúde S.A. (88,54). Concluindo a análise do Quadro 24, as operadoras Hapvida Assistência Médica Ltda. (72,42) e Notre Dame Intermédica Saúde S.A. (76,21), que pertencem a modalidade “Medicina de Grupo” e que em 2022 anunciaram a combinação de negócios, obtiveram seus índices de sinistralidade abaixo da mediana da modalidade (80,60). De outro lado, Amil Assistência Médica Internacional S.A. (83,32) e Medisanitas Brasil Assistência Integral à Saúde Ltda. (84,26), apresentaram desempenho acima da mediana da modalidade “Medicina de Grupo”.

O desafio de gerenciar as despesas assistenciais, a sinistralidade e melhorar as receitas das operadoras caminha em paralelo a outro indicador que é monitorado pela ANS, o IGR, nessa investigação usamos o cálculo adaptado da Equação 7 para desenvolver a série histórica

do Índice de Reclamações por Beneficiário das operadoras de planos privados de saúde com ou sem odontologia e das suas respectivas modalidades. De acordo com a ANS, este indicador infere-se, de modo indireto, que quanto menor o valor do índice, maior é a satisfação dos beneficiários com a operadora (84).

O resultado permite a comparação do volume de reclamações de cada operadora quanto a sua atuação e dedicação na provisão de serviços de assistência à saúde para seus clientes. A divulgação de determinado indicador permite que a sociedade reconheça, de forma indireta, a qualidade da operadora (84). Por analisar o número de reclamações, que é a categorização das manifestações de caráter negativo à OPS, o que basicamente seria a procura espontânea do beneficiário em relatar à ANS uma quebra da prestação de serviços, algo que não deu certo, o indicador é limitado e apresenta este viés, para tanto, tratamos a relação do Índice de Reclamações com a satisfação dos beneficiários de forma indireta.

O Quadro 25, a seguir, apresenta a série histórica (2011 a 2021) do índice de reclamações por beneficiários, ano a ano, a mediana do período analisado, de acordo com a modalidade à qual a operadora de plano de saúde pertence:

Quadro 25 – Série Histórica do Índice de Reclamações por Beneficiário das OPS por Modalidade (2011-2021)

Modalidade	Índice de Reclamações por Beneficiários (x 10.000)											
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Mediana
Autogestão	1,21	1,92	2,00	1,56	1,81	2,09	2,18	3,55	3,82	3,10	3,77	2,09
Autogestão por RH	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,98	0,59	1,41	0,19	0,00
Cooperativa Médica	2,85	3,50	4,48	3,47	3,56	3,73	4,28	4,56	6,03	6,28	6,29	4,28
Cooperativa Odontológica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Filantropia	2,27	2,90	2,81	1,93	2,01	2,05	2,56	2,35	3,36	1,50	2,73	2,35
Medicina de Grupo	4,23	5,44	8,88	5,28	5,76	6,07	7,55	8,40	9,90	11,97	17,74	7,55
Odontologia de Grupo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Seguradora Especializada em Saúde	5,03	9,19	13,15	25,13	22,47	17,67	27,01	33,54	33,75	29,08	36,96	25,13

Fonte: o autor.

A partir do Quadro 25, fica claro que as operadoras de planos de saúde exclusivamente odontológicas (Cooperativa Odontológica e Odontologia de Grupo), ao trabalhar por medianas apresentam desempenhos favoráveis significativos, zerando (0,00) suas medianas em toda a série histórica. Em contraste, a modalidade “Seguradora Especialidade em Saúde” possui o pior

Índice de Reclamações por Beneficiários (25,13), indiretamente apontando para um cenário de insatisfação maior de seus clientes em relação as demais modalidades.

Ao fazer o comparativo com o início da série histórica (ano 2011) com o último ano (2021), à exceção das modalidades “Autogestão por RH” (19%) e “Filantropia” (20,2%), as demais apresentaram aumento do índice em mais de 100%, com destaque mais atenuante para a modalidade “Seguradora Especializada em Saúde” (634,7%). A modalidade “Filantropia” figura como a de pior desempenho ao comparar os anos de 2020 e 2021, com 82% de aumento das reclamações, já “Autogestão por RH”, de um ano para o outro, reduzir suas reclamações (-642,1%).

Como nas demais análises deste estudo, aplicamos um recorte em nossa amostragem para analisar as 20 maiores operadoras de planos privados de saúde com ou sem odontologia em número de beneficiários (dezembro/2022) (70). Exposto no Quadro 25, ressalta o cenário do qual 85% das maiores OPS possuem fragilidade na relação com seus clientes, ao apresentarem mediana maior que as medianas de suas modalidades. Bradesco Saúde S.A. (19,24), Unimed Seguros Saúde S/A (13,84) e Porto Seguro – Seguro Saúde S/A (7,79) foram as únicas do grupo a possuírem desempenho melhor às medianas da modalidade “Seguradora Especializada em Saúde” (25,13).

A Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro obteve o maior índice de reclamações por beneficiários entre as 20 maiores OPS do Brasil, com 54,65, o que representa 92% à mais do que a mediana da modalidade “Cooperativa Médica”, da qual pertence. O aumento nas reclamações nos últimos anos, como é possível observar no Quadro 25, reflete a constante tensão entre a oferta de planos das OPS e o interesse dos beneficiários, que resulta no descontentamento dos usuários ao encontrar o cuidado fragmentado e as demandas oriundas das determinantes sociais, que incidem o processo saúde-doença (86).

O Quadro 26, a seguir, permite uma análise da série histórica do índice de reclamações por beneficiários de cada operadora que compõem o grupo das 20 maiores em números de beneficiários, do período de 2011 a 2021, e a sua mediana do índice de reclamações do período:

Quadro 26 – Série Histórica do Índice de Reclamações por Beneficiários das 20 Maiores Operadoras de Planos de Saúde do Brasil (dezembro/2022)

Operadora de Plano Privado de Saúde com ou sem Odontologia	Modalidade	Índice de Reclamações por Beneficiários (x 10.000)											
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Mediana
Odontoprev S/A	Odontologia de Grupo	0,25	0,63	0,76	0,74	0,91	0,97	1,11	1,31	1,57	2,73	2,54	0,97
Hapvida Assistência Médica Ltda	Medicina de Grupo	14,75	19,43	24,38	15,97	17,21	16,77	16,23	20,00	22,39	22,73	30,81	19,43
Bradesco Saúde S.A.	Seguradora Especializada em Saúde	4,45	6,56	10,80	16,26	15,81	19,24	23,64	33,16	32,81	35,55	47,14	19,24
Notre Dame Intermédica Saúde S.A.	Medicina de Grupo	4,37	8,97	8,79	5,50	10,13	19,00	26,61	26,52	31,82	44,57	87,56	19,00
Amil Assistência Médica Internacional S.A.	Medicina de Grupo	13,63	27,18	42,77	23,98	28,99	26,81	32,10	34,61	60,50	73,87	92,76	32,10
Sul América Companhia De Seguro Saúde	Seguradora Especializada em Saúde	46,59	69,76	21,62	25,48	26,60	28,95	30,39	33,92	43,60	45,00	47,78	33,92
Central Nacional Unimed - Cooperativa Central	Cooperativa Médica	2,24	3,48	5,74	7,99	12,00	18,79	14,51	16,12	33,39	29,43	37,01	14,51
Unimed - Belo Horizonte Cooperativa De Trabalho Médico	Cooperativa Médica	6,12	8,40	11,42	11,42	10,75	12,27	11,92	13,24	15,96	15,07	16,72	11,92
Metlife Planos Odontológicos Ltda.	Odontologia de Grupo	0,21	0,22	0,30	0,26	0,38	0,44	0,42	0,66	0,86	1,07	1,00	0,42
Dental Uni - Cooperativa Odontológica	Cooperativa odontológica	0,20	0,16	0,63	0,66	0,66	0,72	1,65	1,45	2,21	2,11	2,48	0,72
Unimed Saúde E Odonto S.A	Odontologia de Grupo	0,70	0,89	0,75	1,74	1,00	2,21	2,81	0,94	1,99	1,34	1,40	1,34
Unimed-Rio Cooperativa De Trabalho Médico Do Rio De Janeiro	Cooperativa Médica	27,24	25,59	54,65	58,24	110,41	84,95	49,62	49,82	50,51	54,92	81,17	54,65

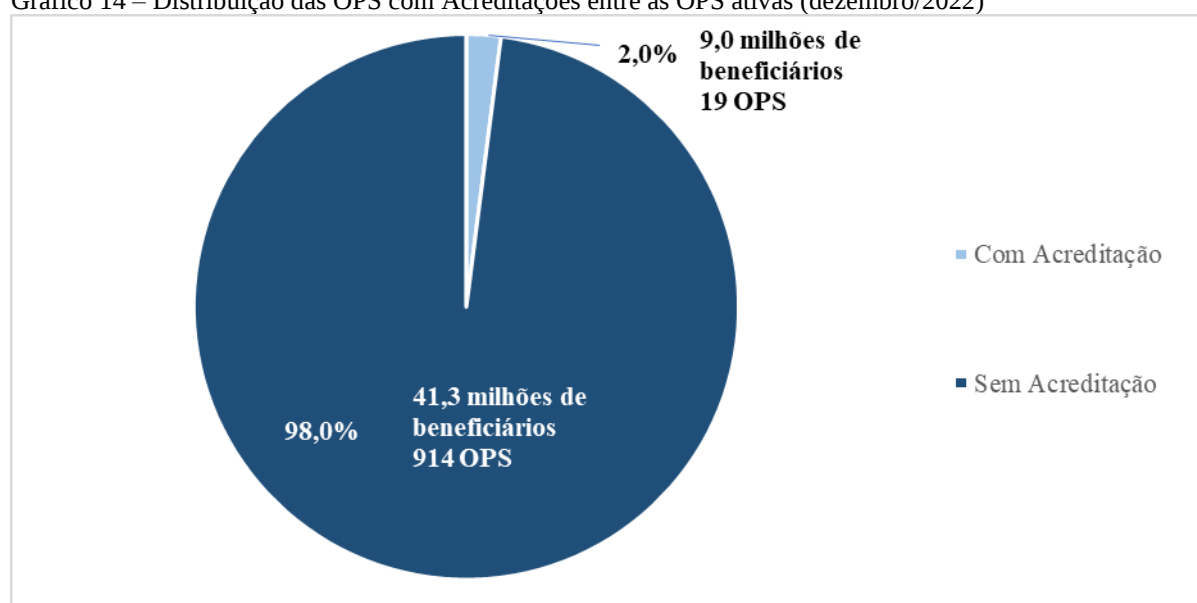
Unimed Seguros Saúde S/A	Seguradora Especializada em Saúde	4,22	10,46	12,08	24,78	25,14	13,69	13,55	13,84	18,48	24,99	24,21	13,84
Porto Seguro - Seguro Saúde S/A	Seguradora Especializada em Saúde	2,83	7,37	10,95	7,48	5,94	4,59	7,79	7,85	8,82	10,00	15,69	7,79
Sul América Odontológico S/A	Odontologia de Grupo	5,52	0,00	0,71	0,65	1,32	0,98	2,14	1,31	1,66	1,99	2,53	1,32
Unimed Porto Alegre - Cooperativa Médica Ltda.	Cooperativa Médica	4,14	7,47	9,49	7,38	6,16	5,69	5,98	5,80	6,60	5,99	6,25	6,16
Caixa De Assistência Dos Funcionários Do Banco Do Brasil	Autogestão	7,84	13,47	20,97	15,96	21,55	27,95	28,21	25,79	35,48	26,31	26,98	25,79
Unimed Curitiba - Sociedade Cooperativa De Médicos	Cooperativa Médica	13,10	16,50	17,70	14,05	15,32	11,43	15,25	14,70	18,02	15,96	22,84	15,32
Medisanitas Brasil Assistência Integral À Saúde S/A.	Medicina de Grupo	24,34	55,71	40,00	26,15	153,98	19,10	17,53	21,69	26,20	26,05	34,56	26,15
Unimed Campinas - Cooperativa De Trabalho Médico	Cooperativa Médica	3,09	4,28	6,37	5,82	6,14	5,63	5,14	6,44	9,08	9,92	11,21	6,14

Fonte: o autor.

Corroborando com o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, por pontuar na dimensão “Global”, ao atender ao requisito “Selo de Qualidade” item “Programa de Operadora Acreditada” (45), e, possivelmente, de maneira indireta refletindo no índice de sinistralidade e no índice de reclamação, as operadoras de planos privados de saúde com ou sem odontologia podem aderir a Acreditação, com intuito de melhorar as práticas para a gestão e consequentemente, em uma melhor experiência aos beneficiários (57).

O Gráfico 14, a seguir, apresenta a distribuição das OPS com acreditação, tanto Nível I, Nível II e Nível III, entre as operadoras de planos de saúde ativas (dezembro/2022):

Gráfico 14 – Distribuição das OPS com Acreditações entre as OPS ativas (dezembro/2022)



Fonte: o autor.

Como se pode observar, a representatividade de OPS com acreditação, independentemente do nível, ainda é baixa (2%) em relação ao total de operadoras ativas em dezembro de 2022 (933 OPS). Dos 50,4 milhões de beneficiários das operadoras no país, apenas 9 milhões usufruem de uma operadora com selo de qualidade reconhecido nacionalmente, outros mais de 41 milhões ainda estão descobertos deste padrão de serviço.

O Quadro 27 apresenta a distribuição destas operadoras com selo de acreditação por modalidades, diante do exposto, nenhuma das operadoras de planos de saúde exclusivamente odontológicos possuem tal certificação. O maior número de OPS acreditadas concentra-se na modalidade “Cooperativa Médica” (15), representando 78,9% do total de operadoras com selos de acreditação vigentes. “Medina de Grupo” (3 OPS) e “Filantropia” (1 OPS) fecham o grupo de modalidades que têm acreditação vigente junto à ANS, as demais modalidades de planos de

assistência médica, “Autogestão”, “Autogestão por RH” e “Seguradora Especialidade em Saúde” não dispõem de operadora acreditada.

Quadro 27 – Número de Acreditações Vigentes (dezembro/2022) por Modalidade

Modalidade	OPS Acreditadas
<i>Todas as Operadoras</i>	19
Autogestão	0
Autogestão por RH	0
Cooperativa Médica	15
Cooperativa Odontológica	0
Filantropia	1
Medicina de Grupo	3
Odontologia de Grupo	0
Seguradora Especializada em Saúde	0

Fonte: (57).

Possuir acreditação, coloca a operadora de plano de saúde à uma tendência mundial, visto o cumprimento de protocolos institucionais, a busca constante por um padrão de qualidade que a diferencie de sua concorrente e que atraia um futuro beneficiário, promove a mitigação de falhas e eventos indesejados, regulariza e otimiza processos que refletirão na segurança e satisfação dos beneficiários e refletirá em redução de desvios, retrabalho e desperdício (87).

4.3.1 Análise da Regressão Linear Múltipla

Dessas 896 OPS, 46 foram excluídas das análises por omissão de dados referentes às variáveis do estudo, e 11 exclusões por desvios extremos dos resíduos padronizados, gerados pelo modelo de regressão múltipla.

Das 839 operadoras avaliadas, a grande maioria pertence a modalidade de Cooperativas Médicas (31,7%), seguido de Medicina de Grupo (24,4%) e Odontologia de grupo (14,7%), com média de 57.758 e 36.662 beneficiários de assistência médica e odontologia respectivamente. A média de despesas assistências foi de R\$146.111.130,44 e o índice de sinistralidade de 75,176. Quanto aos indicadores de desempenho, o IDSS médio foi de 0,6826 ($\pm 0,1290$), sendo as maiores pontuações em IDSM 0,8435 ($\pm 0,1398$) e IDGR 0,8090 ($\pm 0,1440$); e menores pontuações no IDQS 0,6035 ($\pm 0,2208$) e IDGA 0,5018 ($\pm 0,1871$). Do total das operadoras, apenas 19 (2,3%) possuíam qualquer nível de acreditação conforme as RN 507/2022 ou RN 277/2011 (Quadro 28).

Quadro 28 - Análise descritiva das variáveis e valor de significância da correlação entre às variáveis e a mediana do IDSS

Análise descritiva das variáveis e valor de significância da correlação entre às variáveis e a mediana do IDSS		
Variáveis	n = 839	p
Média do total de beneficiários (DP)	94.419,52 (506.617,03)	0,001
Média de beneficiários Assistência Médica (DP)	57.757,52(268.368,63)	< 0,001
Média de beneficiários Odontologia (DP)	36.662,00 (323.170,74)	0,01
Mediana IDSS (DP)	0,6826 (0,1290)	-
Mediana IDQS (DP)	0,6035 (0,2208)	< 0,001
Mediana IDGA (DP)	0,5018 (0,1871)	< 0,001
Mediana IDSM (DP)	0,8435 (0,1398)	< 0,001
Mediana IDGR (DP)	0,8090 (0,1440)	< 0,001
Mediana do índice de sinistralidade (IQR)	75,1754 (58,8836 - 83,1877)	< 0,001
Média de despesas assistenciais (DP) - BRL	146.111.130,44 (824.406.780,40)	< 0,001
Média de despesas por beneficiário (DP) - BRL	58.660,41 (811.864,46)	0,03
Possui acreditação - RN 507/2022 ou RN 277/2011 (%)	19 (2,3)	< 0,001
Modalidade (%)		
Autogestão	111 (13,2)	< 0,001
Autogestão por RH	0 (0)	-
Cooperativa médica	266 (31,7)	< 0,001
Cooperativa odontológica	97 (11,6)	< 0,001
Filantropia	29 (3,5)	0,411
Medicina de grupo	205 (24,4)	< 0,001
Odontologia de grupo	123 (14,7)	< 0,001
Seguradora especializada em saúde	8 (1)	0,287

DP. Desvio padrão; BRL. Reais Brasileiros; IQR. Intervalo interquartil

Fonte: o autor.

Dentre as variáveis analisadas, as modalidades de Autogestão por RH, Filantropia e Seguradora Especializada em Saúde não foram consideradas para o modelo de regressão múltipla, por não apresentarem correlação com o IDSS (Quadro 28). Portanto, no primeiro modelo foram incluídas como variáveis independentes: modalidades de Autogestão, Cooperativa Médica, Cooperativa Odontológica, Medicina de Grupo e Odontologia de Grupo; número de beneficiários de assistência médica, número de beneficiários de odontologia, total de beneficiários, mediana do IDQS, mediana do IDGA, mediana do IDSM, mediana do IDGR, mediana do índice de sinistralidade, média das despesas assistenciais, relação despesas assistenciais por beneficiários e possuir acreditação conforme RN 507/2022 e RN 277/2011. No primeiro modelo a variável Total de Beneficiários foi expelida, por apresentar multicolinearidade com outras variáveis independentes.

Quadro 29 - Modelo de regressão linear múltipla para estimar a mediana do IDSS das operadoras de saúde

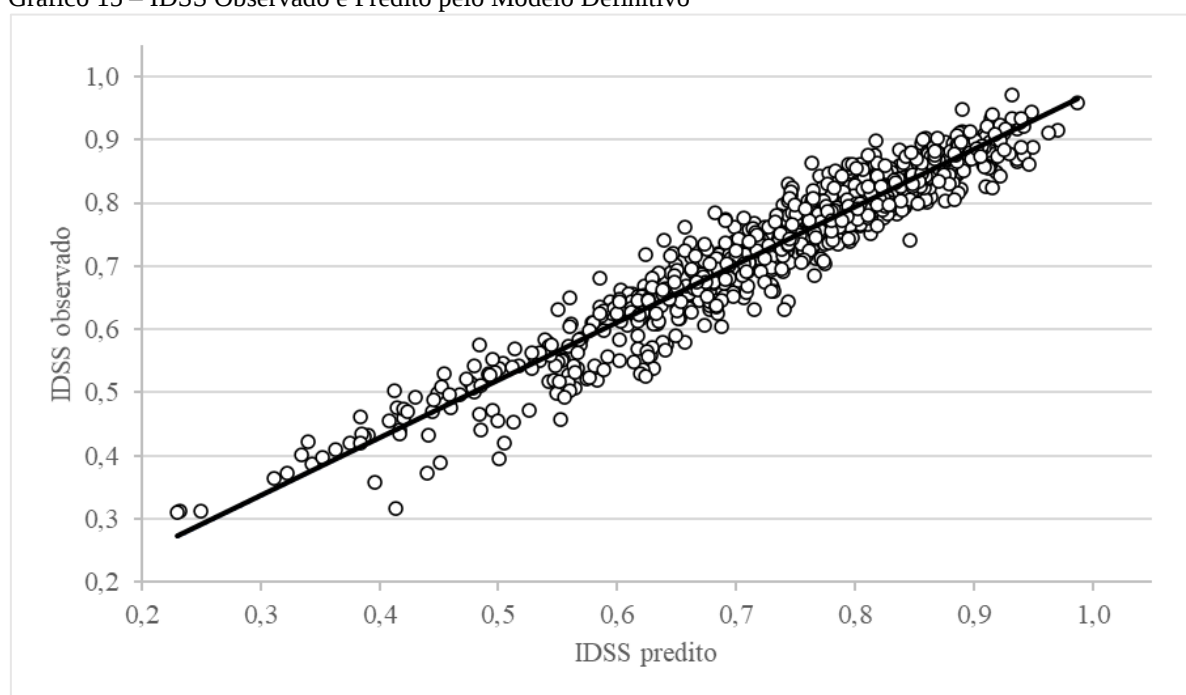
Modelo de regressão linear múltipla para estimar a mediana do IDSS das operadoras de saúde*				
Variáveis	Coeficiente	Erro Padrão	IC 95%	p
Constante	0,064	0,014	(0,035; 0,092)	<0,001
Mediana do índice de sinistralidade	0,000223	0,000105	(0,000018; 0,00043)	0,03
Mediana IDQS	0,221	0,008	(0,206; 0,237)	<0,001
Mediana IDGA	0,239	0,010	(0,219; 0,259)	<0,001
Mediana IDSM	0,285	0,011	(0,264; 0,306)	<0,001
Mediana IDGR	0,128	0,012	(0,104; 0,152)	<0,001
Possui acreditação - RN 507/2022 ou RN 277/2011				
Não	Ref. (0)			
Sim	0,023	0,009	(0,0046; 0,0414)	0,01
Modalidade				
Autogestão	Ref. (0)			
Cooperativa médica	0,021	0,004	(0,0124; 0,0230)	<0,001
Cooperativa odontológica	0,015	0,006	(0,0025; 0,0273)	0,019
Medicina de grupo	-0,014	0,005	(-0,0235; -0,0039)	0,006
Estatísticas do modelo, R ² = 0,915. n = 839.				
*Demonstrado na tabela apenas as variáveis com significância estatística do modelo de regressão linear				

Fonte: o autor.

O modelo apresentou como equação final: $Y = 0,064 + (0,0002 \times \text{mediana do índice de sinistralidade}) + (0,221 \times \text{média IDQS}) + (0,239 \times \text{média IDGA}) + (0,285 \times \text{média IDSM}) + (0,128 \times \text{média IDGR}) + (0,023 \times \text{possuir acreditação_sim}) + (0,021 \times \text{modalidade_cooperativa médica}) + (0,015 \times \text{modalidade_cooperativa odontológica}) + (-0,014 \times \text{modalidade_medicina de grupo})$, ao aplicar esta equação tem-se o preditivo do desempenho da operadora.

Portanto, nos demais modelos foi expelida a variável Total de Beneficiários, e o modelo foi sendo ajustado com exclusões de casos com resíduos padronizados extremos, até os pressupostos não serem violados. O modelo definitivo explica 91,5% da variância da mediana do IDSS (Gráfico 15). Os coeficientes das variáveis com significância estatística estão ilustrados no Quadro 28.

Gráfico 15 – IDSS Observado e Predito pelo Modelo Definitivo



Fonte: o autor.

O Gráfico 15 nos traz o IDSS observado e predito pelo modelo definitivo. As variáveis preditoras com significância foram a mediana do índice de sinistralidade; média do IDQS, IDGA, IDSM, IDGR; possuir acreditação e pertencer às modalidades Autogestão, Cooperativa Médica, Cooperativa odontológica e Medicina de Grupo. Os achados mostram que os dados disponíveis pela ANS e extraído para esta pesquisa em relação do IDSS e as demonstrações financeiras divulgadas pelas OPS e reportadas à ANS, possuem utilidade e relevância, visto que quase a totalidade dos dados da regressão foram significativos e refletem os sinais esperados. E, permite a correlação entre categorias, aparentemente distintas, possibilitando a construção de um cenário para a saúde suplementar.

Em outras palavras, tais resultados evidenciam que os dados do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar são relevantes para explicar as informações econômico-financeiras das OPS, delimitado aqui nas despesas assistenciais e no índice de sinistralidade, indicando que o IDSS e suas dimensões possuem capacidade de retratar os aspectos da saúde suplementar no Brasil, que vão além de um número que permite a comparação entre OPS, mas sim, permite conectar com um visão financeira e de sustentabilidade (85).

O Quadro 30, apresentam o recorte em nossa amostragem, das 20 maiores operadoras de planos privados de saúde com ou sem odontologia, atuantes no Brasil, em número de beneficiários (dezembro/2022), relacionando sua mediana do IDSS, das dimensões IDQS,

IDGA, IDSM, IDGR, o Índice de Sinistralidade, Índice de Reclamações e se a OPS possui Acreditação, as medianas são referentes a série histórica de 2011 a 2021.

Visto que nos Quadros 28 e 29, há a relação ($R^2 = 0,915$) entre o IDSS, suas dimensões, o índice de sinistralidade e possuir acreditação, usamos o recorte das 20 maiores operadoras em número de beneficiários do Brasil para reforçar o propósito desta pesquisa, é evidente no Quadro 29, que a Unimed – Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico, possui o maior IDSS (0,9435) entre as 20 demais OPS, a pontuação máxima (1,000) na dimensão IDQS, a qual se refere a qualidade da assistência prestada diante das necessidades dos beneficiários.

A Unimed – Belo Horizonte apresentou na mediana, pontuação máxima (1,000), também, na dimensão IDSM, relacionada ao equilíbrio econômico-financeiro e quanto a satisfação dos beneficiários, é possível fundamentar tal análise ao olhar a mediana do índice sinistralidade da operadora (78,28), o melhor entre as OPS da modalidade “Cooperativa Médica”, e possuir selo de acreditação vigente.

A seguir, o Quadro 30:

Quadro 30 – Relação das Medianas do IDSS, suas Dimensões, Índices de Sinistralidade e Reclamações, e Acreditações das 20 Maiores Operadoras de Planos de Saúde do Brasil

Operadora de Plano Privado de Saúde com ou sem Odontologia	Modalidade	Nº de Beneficiários (dezembro/2022)	Medianas (2011-2021)							Possui Acreditação
			IDSS	IDQS	IDGA	IDSM	IDGR	Índice de Sinistralidade	Índice de Reclamações	
Odontoprev S/A	Odontologia de Grupo	7.284.725	0,8527	1,0000	0,5287	0,9610	0,7519	44,13	0,97	NÃO
Hapvida Assistência Médica Ltda	Medicina de Grupo	3.973.412	0,7523	0,8943	0,5308	0,9295	0,6549	72,42	19,43	NÃO
Bradesco Saúde S.A.	Seguradora Especializada em Saúde	3.446.645	0,8908	0,7864	0,8114	0,9332	0,7897	88,54	19,24	NÃO
Notre Dame Intermédica Saúde S.A.	Medicina de Grupo	3.381.349	0,7517	1,0000	0,7424	1,0000	0,8560	76,21	19,00	SIM
Amil Assistência Médica Internacional S.A.	Medicina de Grupo	2.703.278	0,8024	0,9314	0,7229	1,0000	0,8478	83,32	32,10	NÃO
Sul América Companhia De Seguro Saúde	Seguradora Especializada em Saúde	2.119.146	0,7413	0,8742	0,5433	1,0000	0,8668	81,25	33,92	NÃO
Central Nacional Unimed - Cooperativa Central	Cooperativa Médica	1.979.169	0,8049	0,8594	0,7879	0,9780	0,9156	87,60	14,51	SIM
Unimed - Belo Horizonte Cooperativa De Trabalho Médico	Cooperativa Médica	1.496.565	0,9435	1,0000	0,6351	1,0000	0,9908	78,28	11,92	SIM
Metlife Planos Odontológicos Ltda.	Odontologia de Grupo	1.308.417	0,8172	1,0000	0,6306	0,9688	0,7096	54,42	0,42	NÃO
Dental Uni - Cooperativa Odontológica	Cooperativa odontológica	905.788	0,8079	1,0000	0,5250	0,9233	0,7816	48,19	0,72	NÃO
Unimed Saúde E Odonto S.A	Odontologia de Grupo	731.395	0,7920	1,0000	0,5529	1,0000	0,7692	47,16	1,34	NÃO
Unimed-Rio Cooperativa De Trabalho Médico Do Rio De Janeiro	Cooperativa Médica	725.856	0,7518	ND	ND	ND	ND	79,42	54,65	NÃO

Unimed Seguros Saúde S/A	Seguradora Especializada em Saúde	696.773	0,8403	0,8727	0,7748	1,0000	0,9089	80,35	13,84	NÃO
Porto Seguro - Seguro Saúde S/A	Seguradora Especializada em Saúde	680.731	0,7885	0,9177	0,4805	0,9321	0,8843	77,68	7,79	NÃO
Sul América Odontológico S/A	Odontologia de Grupo	656.496	0,8157	1,0000	0,5311	1,0000	0,7876	50,01	1,32	NÃO
Unimed Porto Alegre - Cooperativa Médica Ltda.	Cooperativa Médica	641.378	0,8094	0,8680	0,5864	1,0000	0,9229	86,07	6,16	NÃO
Caixa De Assistência Dos Funcionários Do Banco Do Brasil	Autogestão	589.498	0,7720	0,6396	0,6293	0,8437	0,8986	99,00	25,79	NÃO
Unimed Curitiba - Sociedade Cooperativa De Médicos	Cooperativa Médica	579.554	0,8561	0,7549	0,6388	0,9034	0,8931	85,64	15,32	NÃO
Medisanitas Brasil Assistência Integral À Saúde S/A.	Medicina de Grupo	564.483	0,7575	0,7926	0,5791	0,8881	0,9375	84,26	26,15	NÃO
Unimed Campinas - Cooperativa De Trabalho Médico	Cooperativa Médica	541.202	0,8032	0,7023	0,6559	0,9963	1,0000	86,94	6,14	NÃO

Fonte: o autor.

Operadoras como Notre Dame Intermédica Saúde S.A., Sul América Companhia de Seguro Saúde, Unimed – Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico e Unimed Seguros Saúde S.A., reforçam a relação significativa (coeficiente 0,285 e $p < 0,001$) da mediana do IDSM dentro do estudo, podendo afirmar que tais operadoras apresentaram pontuação máxima na dimensão IDSM (1,000) e apresentaram a mediana do Índice de Sinistralidade abaixo das medianas das modalidades a que pertencem, “Medicina de Grupo”, “Seguradora Especializada em Saúde” e “Cooperativa Médica”. A relação maior do IDSM pode estar mais interligada as questões econômico-financeiras, visto que das quatro OPS mencionadas, apenas a Unimed Seguros Saúde S.A. possui mediana do índice de reclamações (13,84) abaixo da mediana da modalidade a qual pertence, “Cooperativa Médica” (4,28), o IDSM, também, analisa a satisfação dos beneficiários.

Outra evidência encontrada neste recorte, é a operadora Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, a única representante da modalidade “Autogestão” na relação das 20 maiores operadoras do país, esta OPS apresenta o pior desempenho na mediana do IDQS (0,6396) e na mediana do IDSM (0,8437) da listagem, baixo desempenho na dimensão IDGA (0,6293), por reflexo, apresenta a maior mediana do índice de sinistralidade entre as OPS do Quadro 28 (99,00), seu índice de reclamações (25,79), também, ficou acima significativamente da mediana da modalidade que pertence (2,09).

Impulsionado pelo crescimento no número de beneficiários nos últimos anos, o desafio em repassar os custos adicionais para os indivíduos e para as empresas que contratam planos de saúde, aplicando reajustes compatíveis com o reequilíbrio da sinistralidade, a qual pode-se observar, tem apresentado crescimento significativo, poderão impactar diretamente as despesas assistenciais das operadoras nos próximos anos. Ao fim de toda esta explanação, as receitas crescem em um ritmo menor em relação as despesas, tal movimento reflete diretamente na qualidade dos cuidados prestados pelas OPS e seus prestadores de serviços, pelo fato de apresentarem um congelamento da receita dos planos, levando estes a pressionarem os prestadores a reduzirem seus preços, mesmo que os custos com força de trabalho e insumos aumentem (72).

Esta combinação irá refletir os beneficiários, colocando em risco sua satisfação com a operadora contratada. Pode-se observar o crescimento da insatisfação dos beneficiários com suas operadoras de planos de saúde, refletidas em reclamações registradas junto à ANS, tal fato se dá pelo conflito de interesse entre as OPS e os usuários, em especial os idosos. Portanto, novas políticas que venham a ser adotadas para o setor da saúde suplementar, devem considerar o envelhecimento populacional frente a possibilidade de uma crise financeira e de

reestruturação do setor, com medidas de prevenção e saúde integral, associando o planejamento das ações em saúde (86). Consequentemente, tais estratégias, se refletirão sobre os resultados das dimensões do IDSS e na própria consolidação do IDSS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de saúde brasileiro é caracterizado por dois subsistemas: o público e o privado, sendo o primeiro estruturado pelo Sistema Único de Saúde, o SUS, instituído em 1988 para toda a população, e o segundo, composto pela saúde suplementar ou serviços particulares autônomos. Os dois subsistemas buscam atender as necessidades e demandas, no âmbito da assistência à saúde, seja médica ou odontológica, de uma população estimada em mais de 214 milhões de habitantes (1). Grande parte desta população é atendida pelo SUS, mas 50,4 milhões, além de possuírem direito ao acesso à saúde pública, são atendidos pela saúde suplementar (4).

Estes dois subsistemas representam 9,47% do PIB do país, sendo 52,87% vindos do sistema privado e 47,13% do público (5), o número de operadoras de planos de saúde em funcionamento tem apresentado uma redução de 35,5% ao comparar o cenário 2013 a 2021. Tal redução está, também, associada ao mercado atual, que apresenta um movimento significativo de crescimento de fusões e incorporações entre as operadoras, aumentando os níveis de concentração entre instituições, a exemplo do exposto pela combinação de negócios entre a Hapvida e Notre Dame Intermédica, segunda e quarta maior operadora em número de beneficiários do Brasil, respectivamente, com isto, um aumento da concentração da base de beneficiários entre as OPS de grande porte.

Perante o impacto que a saúde representa para a instituição pública e para a população, a Agência Nacional de Saúde Suplementar passa a atuar na regulação do mercado da saúde suplementar com objetivo de assegurar o interesse público, incluindo suas relações com os prestadores e consumidores (beneficiários).

Dentre as competências da ANS, destacamos o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, que por meio de políticas, diretrizes e ações, buscam qualificar o setor e as operadoras de planos privados de saúde com ou sem odontologia. Criado em 2006, o programa dá início a avaliação de desempenho das operadoras, o IDSS, Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, objeto deste estudo.

Com a aplicação do IDSS e posteriormente, sua divulgação, trouxe aos usuários de planos de saúde e entre as próprias operadoras, a oportunidade de realizar comparações, melhora nas informações para a decisão de contratação ou da troca de operadora, incluindo a transparência. A instituição do IDSS se faz em consonância aos movimentos de acreditação dos serviços de saúde, das próprias operadoras de planos de saúde e do Fator de Qualidade da ANS. Porém, ainda é baixo o número de OPS com acreditação, sendo apenas 2% do total de 933

operadoras (dezembro/2022), atendendo apenas 9 milhões de seus beneficiários (cerca de 18% do total de beneficiários da saúde suplementar).

Se a acreditação contribui para a qualidade dos processos assistenciais das instituições de saúde, e este certificado atende aos critérios do Fator de Qualidade da ANS, o IDSS avalia a operadora em si, neste sentido descrever e avaliar as relações que este índice possui entre suas dimensões, entre as operadoras, entre operadoras por modalidades (*cluster* – estatuto jurídico), entre as 20 maiores operadoras em números de beneficiários, entre o índice de sinistralidade e, possivelmente, entre o índice de reclamações, pode auxiliar na disseminação da informação para toda a população, na orientação de cenários e tendências das operadoras de planos de saúde quanto ao seu desempenho junto aos critérios da agência reguladora e quanto à sua sustentabilidade.

Baseado nesta contribuição, a presente pesquisa demonstra de forma clara e objetiva, os pressupostos que compõem o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, possibilitando a percepção sobre a necessidade de processos assistências de qualidade dentro das operadoras de planos de saúde, os reflexos desses processos em seus demonstrativos financeiros e na percepção de seus clientes, e o quanto tal temática a coloca em evidência.

É notório que as medianas por modalidades (*cluster*), da série histórica analisada, estão abaixo de 1,000, pontuação máxima de desempenho e conformidade no IDSS. As modalidades “Autogestão por RH” (0,6148) e “Medicina de Grupo” (0,6255) foram as modalidades com medianas mais baixas. Com destaque para a modalidade “Autogestão por RH”, que não divulgou, dentro do período estudado, seus demonstrativos financeiros, impossibilitando o cálculo do índice de sinistralidade. A modalidade “Medicina de Grupo” que apresentou mediana no índice de sinistralidade em 80,6, figurou na quarta posição do maior índice entre as modalidades. Tal modalidade possui quatro operadoras dentro do grupo das 20 maiores do país.

Outro destaque é a que todas as OPS que compõem o quadro das 20 maiores em número de beneficiários, apresentaram mediana do IDSS, do período de 2011 a 2021, acima da mediana de suas respectivas modalidades. Tais operadoras do grupo das 20 maiores, juntas somam 69,5% do total de beneficiários de toda saúde suplementar. Destas 20 maiores, 60% apresentaram mediana do índice de sinistralidade acima da mediana de sua modalidade, as operadoras exclusivamente odontológicas evidenciaram medianas mais favoráveis quanto o assunto é sinistralidade (abaixo de 50,0) em relação as operadoras de assistência médica (com ou sem odontologia).

Vale destacar o possível reflexo da reestruturação realizada pela ANS em 2017 dos pesos das dimensões: qualidade em atenção à saúde (IDQS), garantia de acesso (IDGA),

sustentabilidade de mercado (IDSM) e, gestão por processos e regulação (IDGR), na composição do IDSS, haja visto, que 7 das 20 maiores operadoras de planos de saúde, apresentaram a partir de 2018 resultados mais próximos de 1,000 ou até 1,000, anteriormente não alcançado por qualquer operadora. Cabe ressaltar, que 10 das 20 maiores OPS, tiveram queda no desempenho do IDSS do ano de 2019 para 2020, mas 9 dessas 10 recuperaram o resultado do IDSS no ano de 2021, apenas a operadora Amil Assistência Médica Internacional S.A., da modalidade “Medicina de Grupo” que continuou com desempenho em queda e, em reflexo, o aumento de 12,6% no seu índice de sinistralidade.

Ao aplicar a regressão linear múltipla, tornou-se possível constatar a relação entre as dimensões que compõem o IDSS, com destaque para a dimensão IDSM, a qual possui o maior coeficiente (0,285) entre as variáveis com significância estatística. A sinistralidade possui relação com o IDSS, mesmo apresentando um coeficiente mais baixo (0,000223), as informações financeiras das OPS fazem parte da dimensão IDSM, o mesmo acontece com a satisfação dos beneficiários, presente nesta dimensão, mencionada anteriormente com maior coeficiente. Possuir acreditação contribui positivamente para a mediana do IDSS e reflete na sinistralidade da operadora (coeficiente 0,023). Pertencer a modalidade “Cooperativa Médica”, da qual pertence o sistema Unimed, com destaque para Unimed Belo Horizonte, contribui para o IDSS e sinistralidade da OPS (coeficiente 0,021).

Por fim, o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar contribui para o cumprimento da visão proposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, a de ser referência em excelência técnica e qualidade da produção de saúde. Mais que isso, o IDSS reflete como as operadoras estão cuidando de seus beneficiários, com boas práticas assistenciais, na prevenção de doenças, no tratamento de doenças crônicas, na promoção da saúde, na qualidade de vida, no acesso à saúde, na resolução de queixas, na adequação dos processos, no equilíbrio econômico-financeiro e na satisfação destes beneficiários, refletindo no índice de sinistralidade, indicador importante para a sustentabilidade do subsistema privado de saúde brasileiro. Como limitação do trabalho, pode-se citar que o IDSS consegue capturar o ambiente institucional e econômico da OPS. Nesse sentido, contribuições futuras podem surgir para avaliar a aplicabilidade do IDSS na gestão das OPS.

REFERÊNCIAS

1. IBGE. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 12 jun. 2022.
2. PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKkXRKm/>. Acesso em: 01 jun. 2023.
3. PAIM, J. *et al.* 2011. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf. Acesso em: 30 jun. 2021.
4. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br>. Acesso em: 12 jun. 2022.
5. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. **Análise do Setor**. 2022. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/pdf/observatorio-2022.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2022.
6. OLIVEIRA, D. F.; KORNIS, G. E. M. A política de qualificação da saúde suplementar no Brasil: uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 2, 2017. DOI: [org/10.1590/S0103-73312017000200003](https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200003). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/T3wbvpj899FfbtRTsx6LH5w/>. Acesso em: 15 jun. 2022.
7. BRASIL. **Resolução Normativa n. 386, de 2015**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/rn-386-atualizada-pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021.
8. BRASIL. **Resolução Normativa n. 139, de 2006**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/pqo/pqo2015-1-rn139-2006-pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021.
9. ARAÚJO, A. A. S.; SILVA, J. R. S. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 8, p. 2763-2770, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.20572016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zmVZr3B95wgTph7zcBJMSCc/>. Acesso em: 15 jun. 2022.
10. BRASIL. **Resolução Normativa n. 435, de 2018**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY0Mg==>. Acesso em: 13 nov. 2022.

11. BABBIE, E. The practice of social research. 14 ed. 2016. Cengage Learning.
12. ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR ISO 9000/2015 – Sistema de Gestão da Qualidade**: fundamentos e vocabulário. Rio de Janeiro, ABNT, 2015.
13. D. T. O Connor, P. Quality and Reliability in Engineering T. R. Chandrupatla Cambridge University Press, **The Edinburgh Building, Shaftesbury Road**, Cambridge, CB2 2RU. The Aeronautical Journal, v. 114, n. 1151, p. 58, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0001924000088394>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/aeronautical-journal/article/abs/quality-and-reliability-in-engineering-t-r-chandrupatla-cambridge-university-press-the-edinburgh-building-shaftesbury-road-cambridge-cb2-2ru-2009-309pp-illustrated-6000-isbn-9780521515221/D99C3AB41D6351ACC43099E50CB13573>. Acesso em: 03 jun. 2022.
14. COSTA JUNIOR, H. **Qualidade e segurança em saúde**: os caminhos da melhoria via Acreditação Internacional – relatos, experiências e práticas. Rio de Janeiro. DOC Content, 2015.
15. DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring. 1980.
16. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
17. ZIROLDO, R. R.; GIMENES, R. O; CASTELO JÚNIOR, C. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 37, n. 21, p. 216-221, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_demanda_prestacao.pdf. Acesso em 01 jul. 2023.
18. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 jun. 2021.
19. MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
20. OLIVEIRA, D. F. D.; KORNIS, G. E. M. A política de qualificação da saúde suplementar no Brasil: uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 27, 207-231, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/T3wbvpj899FfbtRTsx6LH5w/>. Acesso em: 16 mai. 2022.
21. MALTA, D. C.; CECÍLIO, L. C. O. *et al.* (org.). **Duas faces da mesma moeda**: Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar, Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2005.
22. BRASIL. **Resolução Normativa n. 423, de 2017**. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20214002/do1-

[2017-05-16-resolucao-normativa-rn-n-423-de-11-de-maio-de-2017-20213949](#). Acesso em: 01 jun. 2021.

23. ESCRIVÃO JUNIOR, Á.; KOYAMA, M. F. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 12, p. 903-914, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Dkp4pXwkHMHDxgwCkhrnkkK/>. Acesso em: 04 abr. 2022.

24. BALZAN, M. V.; LOZER, A. C.; SANTOS, M. M. P. C. A. dos. Qualificação das operadoras de planos de saúde, **Debates GVsaúde**, v. 15, n. 1, p. 7-15, 2013. Disponível em: <https://gvsauade.fgv.br/sites/gvsauade.fgv.br/files/debates15.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2021.

25. CRUZ, J.A.W. *et al.* Brazilian private health system: history, scenarios, and trends. **BMC health services research**, v. 22, n. 49, p. 1-11, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07376-2>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07376-2>. Acesso em: 23 abr. 2022.

26. INSTITUTO DE ESTUDOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR. **Regulação da Saúde Suplementar: teoria e experiência nos países**. 2017. Disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/textos-para-discussao/td-67-regulacao-da-saude-suplementar-teoria-e>. Acesso em: 12 jun. 2022.

27. BRASIL. **Resolução Normativa n. 509, de 2022**. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2OA==>. Acesso em: 16 jun. 2022.

28. INSTITUTO DE ESTUDOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR. **Transparência em saúde no Brasil e no mundo: onde estamos e como podemos avançar**. 2020. Disponível em: <https://www.iess.org.br/index.php/biblioteca/tds-e-estudos/textos-para-discussao/td-76-transparencia-em-saude-no-brasil-e-no-mundo>. Acesso em: 16 jun. 2022.

29. BRASIL. **Resolução Normativa n. 39, de 2000**. Disponível em: https://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw. Acesso em: 16 jun. 2022.

30. BRASIL. **Resolução Normativa n. 531, de 2022**. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIyNQ==>. Acesso em: 12 jun. 2022.

31. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Segmentação Assistencial**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/segmentacao-assistencial>. Acesso em: 30 mai. 2022.

32. BRASIL. **Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm. Acesso em: 30 mai. 2022.

33. BRASIL. **Lei n. 10.185, de 12 de fevereiro de 2001**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10185.htm. Acesso em: 30 mai. 2022.
34. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório**. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_setor_suplementar.pdf. Acesso em: 12 jun. 2022.
35. OKANO, M. T.; GOMES, J. G. C. Análise da verticalização dos serviços de saúde: estudo exploratório no sistema produtivo da saúde suplementar no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 2, p. e147922151, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2151>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/338426458_Analise_da_verticalizacao_dos_servicos_de_saude_estudo_exploratorio_no_sistema_produtivo_da_saude_suplementar_no_Brasil. Acesso em: 27 abr. 2022.
36. INSTITUTO DE ESTUDOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR. **Utilização de Indicadores de Qualidade Hospitalar** – apresentação de três exemplos internacionais. 2016. Disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/textos-para-discussao/td-61-utilizacao-de-indicadores-de-qualidade>. Acesso em: 20 abr. 2022.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 20 abr. 2022.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 01 de abril de 2013**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 07 jun. 2022.
39. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. 2013. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%Aancia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em: 07 jun. 2022.
40. BÃO, A. C. P. *et al.* Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 360-366, abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/T89wNCjgBwCKCYS9whxjSsm/?lang=en>. Acesso em: 06 jul. 2022.
41. ONA. Organização Nacional de Acreditação. 2022. Disponível em: <https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes#>. Acesso em: 07 jun. 2022.
42. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. **Cenários dos Hospitais no Brasil**. 2020. Disponível em: https://www.fbh.com.br/wp-content/uploads/2021/04/Cenarios_2020.pdf. Acesso em: 17 jun. 2022.

43. BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC n. 36 de 25 de julho de 2013**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html#:~:text=Institui%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20seguran%C3%A7a,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAscias.&text=Se%C3%A7%C3%A3o%20I-Art.,qualidade%20nos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde. Acesso em: 07 jun. 2022.
44. BRASIL. **Resolução Normativa n. 505, de 2022**. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2NQ==>. Acesso em: 23 mai. 2022.
45. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Programa de Qualificação de Operadoras. Indicadores IDSS – TISS ano-base 2021**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans/tabela-indicadores-idss-tiss-2021.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2022.
46. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Programa de Qualificação de Operadoras**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>. Acesso em: 30 mai. 2022.
47. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Documento técnico para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de saúde**. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans/Documento_tecnico_da_pesquisa_de_satisfacao_r5_1_.pdf. Acesso em: 30 mai. 2022.
48. PRADO, J.R. *et al.* Indicadores estratégicos para uma operadora de plano de saúde suplementar sob a perspectiva dos gestores. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 5, 25093-25108, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341924611_Indicadores_estrategicos_para_uma_operadora_de_plano_de_saude_suplementar_sob_a_perspectiva_dos_gestores. Acesso em: 28 mai. 2022.
49. LIMA, A. L. O. **Avaliação da eficiência técnica das operadoras de saúde suplementar**. 2019. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Atuariais) - Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/61040/1/2019_tcc_alolima.pdf. Acesso em: 25 jun. 2022.
50. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório do Programa de Qualificação de Operadoras 2021 – ano-base 2020**. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans/RelatorioIDSS2021_FINAL.pdf. Acesso em: 30 jun. 2022.
51. VASCONCELOS, M. C.; *et al.* Efficiency analysis of the unified health system service in parana municipalities. **Journal of Globalization, Competitiveness & Governability**, v. 11, n. 2, 2017. DOI: <https://doi.org/10.3232/GCG.2017.V11.N2.02>. Disponível em: <https://gcgjournal.georgetown.edu/index.php/gcg/article/view/2516>. Acesso em: 01 jul. 2022.

52. CRUZ J. A. W. *et al.* Brazilian Private Health System. History, scenarios, and trends. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 49, p. 1-11, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07376-2>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07376-2>. Acesso em: 28 jun. 2022.
53. LOESCH, G. *et al.* Cost minimization analysis of outpatient parenteral/oral antibiotic therapy at a trauma hospital: Public health system. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, v. 42, n. 12, p. 1445-1450, dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1017/ice.2021.22>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/abs/cost-minimization-analysis-of-outpatient-parenteral-antibiotic-therapy-at-a-trauma-hospital-public-health-system/8D60023F0CCD6A3A9867DA340507D651>. Acesso em: 01 jul. 2023.
54. GASPARETTO, J. *et al.* Troca de antibióticos por via intravenosa para oral: um estudo transversal em unidades de terapia intensiva. **BMC Infect Dis**, v. 19, n. 650, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4280-0>. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-019-4280-0>. Acesso em: 01 jul. 2023.
55. BRASIL. **Resolução Normativa n. 277, de 2011**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/informacoes_avaliacoes/acreditacao/rn_277_2011.pdf. Acesso em: 23 mar. 2023.
56. BRASIL. **Resolução Normativa n. 507, de 2022**. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE5Ng==>. Acesso em: 24 mar. 2023.
57. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Acreditação de Operadoras**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras-1>. Acesso em: 20 abr. 2023.
58. FERREIRA, L. F. **Delimitação de mercados relevantes de planos de saúde e análise de concentração**. 2020. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/29419/Disserta%20Leonardo%20Fernandes%20Ferreira%20%20vers%20final%20Biblioteca%20FGV.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 abr. 2023.
59. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Setor fecha 2022 com 50,5 milhões de beneficiários em planos de assistência médica**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/setor-fecha-2022-com-50-5-milhoes-de-beneficiarios-em-planos-de-assistencia-medica>. Acesso em: 19 abr. 2023.
60. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Método de Cálculo IDSS 2022 (ano-base 2021)**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/metodo-de-calculo-idss-ab-2020->

[pdf#:~:text=O%20c%C3%A1culo%20do%20IDSS%20de,09%20de%20outubro%20de%202015. Acesso em: 20 abr. 2023.](#)

61. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Demonstrações Contábeis**. 2023. Disponível em:

[62. MONTEIRO, J.; MARIOT, M. C. R.; RITTA, C. de O. Análise da situação econômico-financeira de uma Operadora de Plano de Saúde do Sul do Brasil. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 22–37, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21450/rahis.v17i2.6108>. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/6108>. Acesso em: 01 jul. 2023.](https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojNjRiYTM0MjUtYjFhMy00NTI3LWE4ZGQtMDg4YzdlMzYwZjViliwidCI6IjlkYmE0ODBJLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9. Acesso em: 21 abr. 2023.</p></div><div data-bbox=)

63. DE LIMA; J. S.; DE SOUZA, P. C. Sinistralidade em contratos de plano de saúde médico hospitalar. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 8, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5585/RGSS.v8i2.14975>. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/14975>. Acesso em: 01 jul. 2023.

64. SUDORE, R. L. *et al.* Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. **Journal of pain and symptom management**, v. 53, n. 5, p. 821-832, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28062339/>. Acesso em: 01 jun. 2022.

65. DALY, J. *et al.* A hierarchy of evidence for assessing qualitative health research. **Journal of clinical epidemiology**, v. 60, n. 1, p. 43-49, 2007. Disponível em: https://figshare.utas.edu.au/articles/journal_contribution/A_hierarchy_of_evidence_for_assessing_qualitative_health_research/22860194/1. Acesso em 02 fev. 2022.

66. ARAH, O. A.; WESTERT, G. P. *et al.* A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. **International Journal for Quality in Health Care**, 18 (suppl 1), p. 5-13, 2006 Sep. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl024>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16954510/>. Acesso em: 14 fev. 2022.

67. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS TABNET - Operadoras com registro ativo – Modalidade**. 2023. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_03a.def. Acesso em: 20 abr. 2023.

68. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados Gerais**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 20 abr. 2023.

69. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Norma Contábil – Capítulo IV. Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar**. 2018. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/comite-tecnico-contabil/2018_ctc_reuniao_1_proposta_anexo4.pdf. Acesso em: 21 abr. 2023.

70. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS TABNET** - Beneficiários por Operadora. 2023. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def. Acesso em: 22 abr. 2023.
71. BRASIL. **CNS – Ministério da Saúde**. 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020>. Acesso em: 22 abr. 2023.
72. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. **Observatório ANAHP**. 2023. Disponível em: https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-2023/?gclid=Cj0KCQjwocShBhCOARIsAFVYq0imw1xuiZJPmZbboRtUkSW94zIV9s1iOhVQODRkA3uEijmuX03gbP8aAv_CEALw_wcB#dearflip-df_20579/1. Acesso em: 29 mar. 2023.
73. DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-8, 1988 Sep. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3045356/>. Acesso em: 10 mai. 2022.
74. CAMPBELL, SM, *et al.* Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **BMJ**. 2003 Apr. 12; 326 (7393): 816-9. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7393.816>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/326/7393/816>. Acesso em: 01 jun. 2022.
75. MCGLYNN, E.A. Introduction and overview of the conceptual framework for a national quality measurement and reporting system. **Medical care**, 41 (1 Suppl), I1–I7, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005650-200301001-00001>. Disponível em: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2003/01001/Introduction_and_Overview_of_the_Conceptual.1.aspx. Acesso em: 01 jun. 2022.
76. ALVES, J. S.; MACIEL, V. F. **Efeitos da Concentração Regional de Operadoras de Planos de Saúde sobre a Qualidade de Atendimento entre 2014 e 2019 no Brasil: uma abordagem de Dados em Painel**, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5547543>. Disponível em: <https://zenodo.org/record/5547543>. Acesso em: 29 abr. 2023.
77. UNIMED RIO – **Conheça a Unimed Rio**. 2023. Disponível em: <http://www.unimedrio.com.br/unimed-rio/conheca-a-unimed-rio/>. Acesso em: 29 abr. 2023.
78. SULAMÉRICA - **Institucional**. 2023. Disponível em: <https://portal.sulamericaseguros.com.br/institucional/sobre-a-sulamerica/historia/>. Acesso em: 29 abr. 2023.
79. UNIMED – **Sistema Unimed**. 2023. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/site/sistema-unimed>. Acesso em: 29 abr. 2023.
80. HAPVIDA – **Informações Financeiras** – Combinação de Negócios entre Hapvida e GNDI. 2023. Disponível em: <https://api.mziq.com/mzfilemanager/v2/d/6bbd1770-f9f4-44e8-a1b1-d26b7585eec1/2af995bb-888e-1c64-f57e-e83c4cd50503?origin=1>. Acesso em: 29 abr. 2023.

81. BRASIL. **Resolução Normativa n. 137, de 2006**. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTEsNw==>. Acesso em: 28 abr. 2023.
82. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Índice de Reclamações**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes-2>. Acesso em: 28 abr. 2023.
83. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS TABNET – Reclamações de Beneficiários**. 2023. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_rec.def#. Acesso em: 28 abr. 2023.
84. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Fichas Técnicas dos Indicadores do Índice de Reclamação**. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes-1/Metodologia_IGR_entre_2016_e_2022.pdf. Acesso em: 25 abr. 2023.
85. TEIXEIRA, R. F. A. P.; SILVA MACEDO da, M. Á.; SANTOS, O. M. dos. A relação entre as informações contábeis e o desempenho das operadoras de saúde suplementar. **Ambiente contábil**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v. 14, n. 2, p. 58-80, 2022. DOI: <https://doi.org/10.21680/2176-9036.2022v14n2ID29386>. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/ambiente/article/view/29386>. Acesso em: 26 abr. 2023.
86. SOUSA, N. C. D.; OLIVEIRA, R. R. D. *et al.* Aumento nas reclamações de idosos sobre a saúde suplementar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 26, p. 5123-5131, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.17942019>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26suppl3/5123-5131/pt>. Acesso em: 26 abr. 2023.
87. SOUSA, A. O. B. *et al.* O processo de acreditação hospitalar como ferramenta para a gestão da qualidade: como ele acontece? **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, e2012340431, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40431>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40431>. Acesso em: 26 abr. 2023.