

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar: análise comparativa da mudança de metodologia de avaliação

Private Health Insurance and Plans Company Quality Performance Index: comparative analysis of the change in the evaluation methodology

Índice Complementario de Desempeño en Salud: análisis comparativo del cambio en la metodología de evaluación

Recebido: 06/10/2022 | Revisado: 18/10/2022 | Aceitado: 19/10/2022 | Publicado: 25/10/2022

Francine Leite

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3901-4878>
Operadora Gama Saúde, Brasil
E-mail: leite.francine@gmail.com

Josué Souza Gleriano

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5881-4945>
Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil
E-mail: josuegleriano@unemat.br

Bruna Moreno Dias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7346-4848>
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: bruna.dias@usp.br

Carlise Krein

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7781-7172>
Secretaria Municipal de Saúde de Mondai, Brasil
E-mail: carlisekrein02@hotmail.com

Lucieli Dias Pedreschi Chaves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8730-2815>
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Brasil
E-mail: carlisekrein02@hotmail.com

Resumo

Objetivo: analisar comparativamente os resultados do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) nas avaliações do ano-base 2016 e 2017, frente às mudanças na metodologia do Programa de Qualificação das Operadoras (PQO). **Métodologia:** Estudo observacional analítico, de corte retrospectivo, que comparou os resultados de desempenho das operadoras de planos de saúde na metodologia antiga, ano-base 2016, e na nova metodologia, ano-base 2017, segregados por modalidade e porte da operadora. Os dados foram analisados por meio do teste de Wilcoxon a partir do software R. **Resultados:** Constatou-se que a mudança na metodologia reduziu significativamente a pontuação geral do IDSS com maior ênfase em três das quatro dimensões, a saber: Qualidade na Atenção à Saúde, Garantia de Acesso e Gestão e Regulação. Essa redução ocorreu entre todos os portes de operadoras, sendo a amplitude maior entre as de pequeno porte, com redução significativa entre todas as modalidades de operadoras, exceto as Seguradoras Especializadas em Saúde. **Conclusão:** Os achados deste estudo indicam que as mudanças na metodologia impactaram na pontuação de desempenho das operadoras, principalmente as de pequeno porte. Indica-se necessidade de compreender os impactos no setor da saúde suplementar e os benefícios da mudança de metodologia para o sistema de saúde.

Palavras-chave: Saúde suplementar; Qualidade; Acesso e avaliação da assistência à saúde; Avaliação de processos e resultados em cuidados de saúde.

Abstract

Aim: To analyze comparatively the results of the Private Health Insurance and Plans Company Quality Performance Index (IDSS) in the evaluations of the base year 2016 and 2017, given the methodology changes in the Private Health Insurance and Plans Performance Evaluation Program (PQO). **Methods:** This is an observational, analytical, retrospective study that compared the performance results of private health companies in the old methodology, base year 2016, and in the new methodology, base year 2017, segregated by modality and size of the operator. The data were analyzed using the Wilcoxon test with R software. **Results:** It was found that the change in methodology significantly reduced the overall IDSS score with greater emphasis on three of the four dimensions, namely: Quality

in Health Care, Guarantee of Access, and Management and Regulation. This reduction occurred among all sizes of private health companies, with the greatest amplitude among small companies, and significant reduction among all private health insurer type, except for private health insurer. *Conclusion:* The findings of this study indicate that the changes in the methodology impacted the performance score of the operators, especially the small ones. It suggests the need to understand the impacts on the supplementary health sector and the benefits of the methodology change for the health system.

Keywords: Supplemental health; Health care quality; Access, and evaluation; Outcome and process assessment, health care.

Resumen

Objetivo: Analizar comparativamente los resultados del Índice de Desempeño de Calidad de La Compañía de Seguros y Planes de Salud Privados (IDSS) en las evaluaciones del año base 2016 y 2017, dados los cambios metodológicos en el Programa de Evaluación del Desempeño de Seguros y Planes de Salud Privados (PQO). *Métodos:* Se trata de un estudio observacional, analítico, retrospectivo que comparó los resultados de desempeño de las empresas privadas de salud en la metodología antigua, año base 2016, y en la nueva metodología, año base 2017, segregados por modalidad y tamaño del operador. Los datos fueron analizados mediante la prueba de Wilcoxon con software R. *Resultados:* Se encontró que el cambio en la metodología redujo significativamente el puntaje general del IDSS con mayor énfasis en tres de las cuatro dimensiones, a saber: Calidad en la Atención de Salud, Garantía de Acceso y Gestión y Regulación. Esta reducción se produjo entre todos los tamaños de empresas privadas de salud, con la mayor amplitud entre las pequeñas empresas, y una reducción significativa entre todos los tipos de aseguradoras de salud privadas, excepto las aseguradoras de salud privadas. *Conclusión:* Los hallazgos de este estudio indican que los cambios en la metodología impactaron en el puntaje de desempeño de los operadores, especialmente los pequeños. Sugiere la necesidad de comprender los impactos en el sector de la salud suplementaria y los beneficios del cambio de metodología para el sistema de salud.

Palabras clave: Salud suplementaria; Calidad; Acceso y evaluación de la atención médica; Evaluación de resultados y procesos, atención de salud.

1. Introdução

No Brasil, o Sistema de Saúde Suplementar agrega uma composição de serviços prestados por empresas especializadas do setor saúde, denominadas Operadoras de Planos de Saúde (OPS), que gerenciam produtos, serviços e contratos de prestação assistencial, ou seja, são responsáveis pela oferta de serviços de saúde, firmados por meio de contrato entre as partes, oferecendo uma carteira de serviços à clientes, denominados beneficiários. Tais empresas se apresentam no mercado em diferentes modalidades de operadoras, a saber: medicina de grupo, odontologia de grupo, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, entidades filantrópicas, companhias de autogestão, seguradoras e administradoras as quais assumem a gestão de planos de assistência à saúde (Oliveira & Kornis, 2017).

Para regular a atuação específica desse mercado brasileiro e garantir o cumprimento dos contratos foi publicada a Lei nº 9.656/98 (Lei n. 9.656, 1998), que culminou na criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência regulatória do mercado de planos privados de saúde vinculada ao Ministério da Saúde (MS). Desde sua criação, a ANS tem-se elaborado ações para garantir o equilíbrio do mercado de planos de saúde, com a implementação de dispositivos legais voltados para sustentabilidade financeira de operadoras, acesso e cobertura de serviços de saúde e, nos últimos anos, à regulação da qualidade assistencial (Salvatori & Ventura, 2012).

A ANS implantou o Programa de Qualificação das Operadoras (PQO), proposta para avançar em uma política de avaliação de desempenho das OPS. O PQO é uma estratégia de qualificação e redução das assimetrias de informações disponíveis aos usuários na escolha da operadora (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2015) e, também, coopera para um ciclo de melhoria contínua da gestão das operadoras (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2020a). Assim, o PQO visa o direcionamento de um modelo de saúde suplementar que possa favorecer a promoção de saúde e prevenção de doenças, de forma alinhada aos princípios de qualidade, integralidade e resolutividade por meio da avaliação do desempenho (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2006).

No eixo da avaliação das operadoras a ANS por meio do PQO utiliza do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) para avaliar as operadoras. O IDSS é um instrumento avaliativo que objetiva incentivar que as operadoras atuem como gestoras de saúde e produtoras do cuidado (ANS, 2006), composto por quatro dimensões de análise: Dimensão da Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS), Dimensão de Garantia de Acesso (IDGA), Dimensão de Sustentabilidade no Mercado (IDSM), Dimensão de Gestão de Processos e Regulação (IDGR) (RN nº 139/2006). O IDSS é calculado por meio de um conjunto de indicadores organizados por dimensões, definidos pela própria ANS, com resultado que varia entre zero e um, sendo que, quanto mais próximo do zero, pior é a avaliação (ANS, 2015). Esta avaliação é compulsória e baseada nas informações de envio obrigatório e periódico pelas operadoras para a ANS. Não participam dessa avaliação operadoras que iniciaram suas atividades e as que no momento da divulgação estejam em regime especial de direção fiscal, em regime de direção técnica e ou em processo de cancelamento do registro da operadora (ANS, 2015).

Inicialmente, em 2003, o IDSS foi constituído por 23 indicadores, que foram alterados e ajustados em cada edição, visando aperfeiçoamento do modelo de avaliação implementado. Em estudo (Oliveira & Kornis, 2017) que avaliou os resultados do IDSS, entre 2004 e 2014, observou-se tendência de maior qualificação em relação aos anos anteriores, demonstrando uma evolução positiva na qualidade das operadoras. Outro ponto destacado pelos autores é de que essa avaliação não busca apenas classificar as operadoras, mas também fazer com que elas se responsabilizem pela produção do serviço, além de ter contribuído por tornar público os graus de qualidade do setor da saúde suplementar, subsidiando ao beneficiário um conjunto de informações, que para além de proporcionar maior transparência ao setor, possibilita a escolha da contratação de uma operadora.

Registra-se na evolução do PQO alterações na forma de calcular o IDSS (RN 386, RN 139, RN 447). No entanto, a avaliação do ano-base de 2016 houve um conjunto grande de ajustes (RN 423), com mudanças na fonte das informações, regras, quantidade de indicadores e fórmulas de cálculos. O Quadro 1 descreve as principais alterações ocorridas.

Quadro 1 - Principais mudanças entre as metodologias do IDSS dos ano-base 2016 e ano-base 2017.

Principais mudanças a partir do ano-base 2017	Ano-base 2016	Ano-base 2017
Quantidade de indicadores - Qualidade na Atenção à Saúde – IDQS	8	11
Quantidade de indicadores - Garantia do Acesso – IDGA	10	6
Quantidade de indicadores - Sustentabilidade no Mercado – IDSM	4	6
Quantidade de indicadores - Gestão e Regulação – IDGR	5	5
Bônus - operadora acreditada	50% da dimensão IDGR	1
Peso da Dimensão - Qualidade na Atenção à Saúde – IDQS	25%	30%
Peso da Dimensão - Garantia do Acesso – IDGA	25%	30%
Peso da Dimensão - Sustentabilidade no Mercado – IDSM	25%	30%
Peso da Dimensão - Gestão e Regulação – IDGR	25%	10%
Fonte de dados para cálculo dos indicadores	SIP	TISS
Razão TISS < 30% zerando nota dos indicadores que utiliza padrão TISS como fonte de dados	Razão TISS é um indicador bônus (10%) dentro da dimensão IDGR	Sim

Fonte: Elaborado pelos autores a partir das seguintes resoluções normativas da ANS: RN 386, RN 139, RN 423 e RN 447

Desde o ano-base 2017, o PQO integra indicadores extraídos do padrão de trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde - Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS). A nova metodologia de coleta de informações implementada

permite uma maior fidedignidade de informações, melhor comparação do desempenho entre operadoras, alinhamento a outros programas da ANS e inclusão da perspectiva da satisfação do beneficiário (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2018a). Entretanto, uma das regras implantadas para o ano-base de 2017 foi de que todos os indicadores das dimensões IDQS e IDGA podem não ser calculados caso o Índice de Completude TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) tenha sido inferior a 30% no ano-base avaliado (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2017a). Portanto, o principal impacto desse conjunto de ajustes foi a perda da evolução da séria histórica (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2019d).

Diante da mudança na metodologia é necessária compreensão dos impactos frente aos critérios de avaliação do PQO e suas consequências no cenário da saúde suplementar. Nesse sentido, esse artigo teve como objetivo analisar comparativamente os resultados do IDSS nas avaliações do ano-base 2016 e 2017, frente as mudanças na metodologia do PQO.

2. Metodologia

Estudo observacional analítico, de corte retrospectivo (Hulley, et al., 2015), com análise dos resultados do IDSS. Foram consideradas elegíveis todas as Operadoras de Planos de Saúde brasileiras, avaliadas pela ANS nos anos-base de 2016 e 2017, que atenderam aos requisitos normativos de: não ter iniciado as atividades ou ampliarem a cobertura assistencial comercializada no decorrer do período analisado; não estar em regime especial de direção fiscal ou em regime de direção técnica ou em processo de cancelamento do registro da operadora (ANS, 2015).

A escolha do recorte temporal se baseia na possibilidade de captar a mudança de metodologia, adotada pela ANS, sendo estabelecida a comparação entre a metodologia anterior, ano-base 2016 e a nova metodologia, ano-base 2017. Ainda que a ANS adote política de transparência de dados, com divulgação dos resultados de todas as operadoras, este estudo trabalhou com dados agregados, mantendo a confidencialidade da identidade das instituições.

Os dados são secundários e foram extraídos do sítio oficial da ANS. Para informações sobre PQO foi realizada consulta ao espaço “Perfil do setor” (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2019a). Para dados econômico-financeiras das Operadoras foi realizada consulta na página ANS Tabnet (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2019b).

A extração dos dados do IDSS foi realizada, no segundo semestre de 2019, com obtenção de planilhas eletrônicas no formato xls e foram utilizados os resultados do IDSS total e das suas quatro dimensões: Dimensão da Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS), Dimensão de Garantia de Acesso (IDGA), Dimensão de Sustentabilidade no Mercado (IDSM), Dimensão de Gestão de Processos e Regulação (IDGR).

Para verificar o impacto dessas notas, os resultados foram avaliados seguindo os critérios classificados pela ANS por porte da operadora (até 19.999 vidas, entre 20.000 e 99.999 vidas e a partir de 100.000 vidas) e também pela modalidade de operadora (natureza jurídica da operadora, categorizada em Autogestão; Autogestão por RH; Cooperativa Médica; Cooperativa odontológica; Filantropia; Medicina de Grupo; Odontologia de Grupo; Seguradora Especializada em Saúde) (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2012a). Para análise descritiva das operadoras avaliadas foram consideradas também a quantidade de vidas para estimar a população de beneficiários atingida e a média da sinistralidade (despesa assistencial/receita) das operadoras de um determinado grupo, como um indicador da saúde financeira das operadoras em cada grupo. Ou seja, a sinistralidade da operadora é um indicador importante, que reflete a saúde econômica da operadora, pois mede à proporção que a operadora gasta em despesas assistenciais em relação ao valor arrecadado em prêmio (Monteiro, et al., 2020).

A coleta dos dados foi realizada por um pesquisador e conferida por dois pesquisadores independentes. Os registros obtidos compuseram banco de dados em planilha eletrônica, formato xls. Foram consideradas para a amostra desse estudo somente as operadoras que receberam avaliação nos dois anos base. Para análise dos dados utilizou-se o software R, versão

1.2.5019. Foi empregado o teste de Wilcoxon para amostras pareadas, sendo que a hipótese do teste foi de que a diferença mediana entre os pares é igual a zero (Pagano & Gauvreau, 2004). Foi adotado o nível de significância de 5%.

O estudo utilizou dados disponíveis para consulta pública, sendo respeitados os princípios éticos.

3. Resultados

No ano-base de 2016, 940 das 1.096 operadoras ativas na ANS atenderam aos requisitos normativos para divulgação das notas finais do IDSS à sociedade, enquanto no ano-base de 2017 esse número foi de 859 das 1.057 operadoras. Considerando o critério de operadoras que tiveram planos avaliados pela ANS nos dois anos-base resultou-se 834 operadoras com dados divulgados, compondo a amostra deste estudo. Na Tabela 1 apresenta-se o perfil das operadoras, em relação a quantidade de vidas e sinistralidade, de acordo com a modalidade, porte e tipo de cobertura, das operadoras de planos de saúde que compuseram a amostra deste estudo.

Tabela 1 - Perfil de Operadoras de Planos de Saúde nos anos-base 2016 e 2017 (n=834).

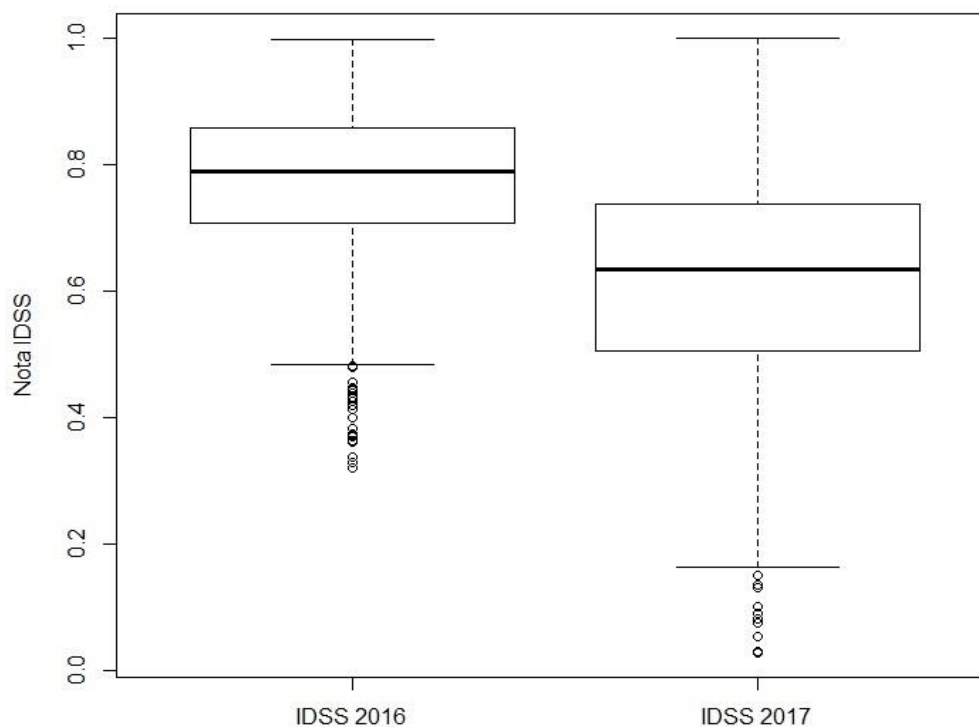
Características das Operadoras	Operadoras (n)	Distribuição (%)	Total de vidas	Distribuição (%)	Média de vidas	Sinistralidade média
Modalidade						
Autogestão	101	12,1%	2.330.598	3,7%	23.075	91,7%
Autogestão por RH	34	4,1%	1.124.344	1,8%	33.069	NA*
Cooperativa Médica	266	31,9%	16.377.140	26,2%	61.568	79,5%
Cooperativa odontológica	102	12,2%	3.096.081	5,0%	30.354	68,4%
Filantropia	26	3,1%	839.427	1,3%	32.286	75,2%
Medicina de Grupo	164	19,7%	21.536.763	34,5%	131.322	73,8%
Odontologia de Grupo	133	15,9%	10.064.983	16,1%	75.677	33,6%
Seguradora Especializada em Saúde	8	1,0%	7.081.631	11,3%	885.204	95,3%
Porte						
1 a 19.999 vidas	493	59,1%	3.599.245	5,8%	7.301	68,1%
20.000 a 99.999 vidas	256	30,7%	11.837.319	19,0%	46.240	77,3%
A partir de 100.000 vidas	85	10,2%	47.014.403	75,3%	553.111	74,7%
Cobertura						
Planos ambulatoriais e hospitalares	459	55,0%	22.454.036	36,0%	48.919	79,3%
Planos ambulatoriais e odontológicos	3	0,4%	549.911	0,9%	183.304	38,5%
Planos ambulatoriais, hospitalares e odontológicos	139	16,7%	26.403.321	42,3%	189.952	83,2%
Planos exclusivamente odontológicos	101	12,1%	3.831.253	6,1%	37.933	42,3%
Planos hospitalares e odontológicos	132	15,8%	9.212.446	14,8%	69.791	56,0%
Total	834	100,0%	62.450.967	100,0%	74.881	71,8%

*NA = não avaliado devido à natureza jurídica dessa modalidade de operadora (Autogestão por RH). Fonte: Banco de dados da pesquisa (2019).

Registra-se que as OPS representam uma cobertura médico-hospitalar e/ou odontológica de 62.450.967 beneficiários. A sinistralidade média foi de 71,8%. Nas modalidades de Cooperativa Médica ou Medicina de Grupo estão concentradas 51,6% das operadoras da amostra, representando 60,7% dos beneficiários. As autogestões são as que apresentam a pior taxa de sinistralidade, enquanto as Odontologias de Grupo, as melhores taxas de sinistralidade. Quanto ao porte, 59,1% das operadoras são de pequeno porte, embora concentrem apenas 5,8% dos beneficiários. Em contrapartida, 10,2% das operadoras são de grande porte e concentram 75,3% dos beneficiários. Em relação à cobertura, 55% das operadoras oferecem apenas a cobertura médica ambulatorial e hospitalar e concentram 36,0% dos beneficiários. A maior parcela dos beneficiários (42,3%) está concentrada em operadoras que oferecem a cobertura médica (com ambulatório e internação) e odontológica, que representam 16,7% das operadoras analisadas.

Quanto aos resultados obtidos no IDSS, a mediana para o ano-base de 2016 e do ano-base de 2017 podem ser observadas na Figura 1.

Figura 1- Resultados do IDSS para os anos-base de 2016 e 2017 (n=834).



Fonte: Banco de dados da pesquisa (2019).

Observa-se que mediana para o ano-base de 2016 foi 0,7893 (IQQ: 0,3508) e do ano-base de 2017 foi 0,6351 (IQQ: 0,2315), apresentando uma redução das notas; ainda que a pontuação máxima para o ano de 2007 tenha sido de um ponto, enquanto no ano de 2016 a nota máxima foi 0,9992.

A análise das dimensões do IDSS permite verificar que houve redução nas dimensões do IDQS, IDGA e IDGR, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Resultados do IDSS, por dimensão, para os anos-base de 2016 e 2017 (n = 834).

Dimensão	2016		2017		p-valor
	Mediana	Intervalo interquartil	Mediana	Intervalo interquartil	
IDQS	0,6741	0,3508	0,6068	0,4725	<0,001
IDGA	0,8035	0,2103	0,3663	0,3097	<0,001
IDSM	0,8751	0,294	0,9065	0,2872	0,193
IDGR	0,9186	0,2392	0,8853	0,2778	<0,001
IDSS	0,7893	0,1503	0,6351	0,2315	<0,001

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2019).

Destaca-se na Tabela 2 a dimensão de garantia de acesso do (IDGA), onde ocorreu a maior redução de nota. Essa redução aconteceu devido ao fato de 21,2% das operadoras (n=117) não pontuaram nessa dimensão. Quando desconsideradas da análise essas operadoras que não pontuaram no IDGA, a pontuação mediana dessa dimensão aumenta para 0,3986 e a pontuação mediana final do IDSS para 0,6599.

A análise dos resultados do IDSS por dimensão e modalidade são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Resultados do IDSS, por modalidade de operadora, para os anos-base de 2016 e 2017 (n = 834).

Dimensões do IDSS por modalidade	2016		2017		p-valor
	Mediana	Intervalo Interquartil	Mediana	Intervalo Interquartil	
IDSS					
Autogestão	0,8194	0,1222	0,6545	0,1793	<0,001
Autogestão por RH	0,7285	0,1337	0,4499	0,2521	<0,001
Cooperativa Médica	0,8046	0,1031	0,6848	0,1653	<0,001
Cooperativa odontológica	0,8573	0,2338	0,7177	0,1703	<0,001
Filantropia	0,8241	0,0639	0,6524	0,2010	0,015
Medicina de Grupo	0,7553	0,1274	0,5679	0,2365	<0,001
Odontologia de Grupo	0,6733	0,2803	0,4976	0,3629	<0,001
Seguradora Especializada em Saúde	0,7828	0,1577	0,6760	0,2794	0,442
IDQS					
Autogestão	0,7459	0,1961	0,5719	0,3634	<0,001
Autogestão por RH	0,6048	0,4440	0,2311	0,3822	0,040
Cooperativa Médica	0,6546	0,1790	0,6419	0,2793	0,080
Cooperativa odontológica	1,0000	0,8184	0,9240	0,2955	0,206
Filantropia	0,6424	0,2211	0,6012	0,2827	<0,001
Medicina de Grupo	0,7151	0,2655	0,5056	0,4560	<0,001
Odontologia de Grupo	0,1500	1,0000	0,4530	1,0000	0,871
Seguradora Especializada em Saúde	0,7882	0,2151	0,7081	0,6120	0,505
IDGA					
Autogestão	0,7963	0,2316	0,4165	0,2452	<0,001
Autogestão por RH	0,7258	0,2455	0,2422	0,3336	<0,001
Cooperativa Médica	0,8534	0,1134	0,4244	0,2549	<0,001
Cooperativa odontológica	0,8340	0,1360	0,3818	0,2190	<0,001

Filantropia	0,8662	0,2201	0,4000	0,2288	<0,001
Medicina de Grupo	0,7408	0,2387	0,3227	0,3646	<0,001
Odontologia de Grupo	0,7383	0,2190	0,1484	0,3141	<0,001
Seguradora Especializada em Saúde	0,6134	0,1880	0,3656	0,0861	0,065
IDSM					
Autogestão	0,9300	0,2331	0,9875	0,2858	0,880
Autogestão por RH	1,0000	0,3250	1,0000	0,3751	0,994
Cooperativa Médica	0,8885	0,2286	0,9184	0,2104	0,120
Cooperativa odontológica	0,9940	0,1284	0,9900	0,1953	0,078
Filantropia	0,9285	0,1578	0,8817	0,2940	0,732
Medicina de Grupo	0,7797	0,2285	0,8239	0,3311	0,268
Odontologia de Grupo	0,7000	0,3625	0,8448	0,4900	0,459
Seguradora Especializada em Saúde	0,8640	0,0235	0,9064	0,1613	0,313
IDGR					
Autogestão	1,0000	0,0778	0,9008	0,2262	<0,001
Autogestão por RH	0,8088	0,3619	0,7930	0,3160	0,435
Cooperativa Médica	0,9221	0,2762	0,9731	0,1083	<0,001
Cooperativa odontológica	0,9342	0,1501	0,8399	0,1862	<0,001
Filantropia	0,9763	0,1167	0,9986	0,0690	0,189
Medicina de Grupo	0,8898	0,2524	0,8654	0,2585	0,299
Odontologia de Grupo	0,8743	0,2101	0,5908	0,4240	<0,001
Seguradora Especializada em Saúde	0,9060	0,0648	0,7936	0,0456	0,028

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2019).

Observou-se que, para todas as modalidades de operadoras, houve uma diminuição da nota de um ano para outro. Para a dimensão do IDQS, as Autogestões, Autogestões por RH e Medicina de Grupo apresentaram maior redução, enquanto as operadoras exclusivamente odontológicas apresentaram discreto aumento nessa dimensão. Na dimensão IDGA todas as modalidades apresentaram redução, com destaque para as diferenças significativas para Autogestão, Filantropia e Medicina de Grupo. Para a dimensão IDSM apenas as operadoras de Autogestão, Cooperativa Odontológica e Filantropia apresentaram diminuição de nota; não foram observadas diferenças significativas para nenhuma modalidade nesta dimensão; enquanto na dimensão IDGR, as Cooperativas médicas apresentaram aumento da nota. Na modalidade das Seguradoras a única dimensão com diferença significativa foi a IDGR, com redução da mediana.

Foram observadas reduções significativas para as notas do IDSS em todos os portes de operadora (Tabela 4).

Tabela 4 - Resultados do IDSS, por porte de operadora, para os anos-base de 2016 e 2017 (n = 834).

Dimensões do IDSS por porte	2016		2017		p-valor
	Mediana	Intervalo Interquartil	Mediana	Intervalo Interquartil	
IDSS					
1 a 19.999 vidas	0,7945	0,1925	0,6001	0,2831	<0,001
20.000 a 99.999 vidas	0,7780	0,1180	0,6597	0,1824	<0,001
A partir de 100.000 vidas	0,8098	0,1274	0,7429	0,2100	0,002
IDQS					
1 a 19.999 vidas	0,6666	0,4601	0,5316	0,5790	<0,001
20.000 a 99.999 vidas	0,6660	0,2371	0,6563	0,3559	0,492
A partir de 100.000 vidas	0,8324	0,2771	0,7608	0,3397	0,070
IDGA					
1 a 19.999 vidas	0,8010	0,2270	0,3076	0,3620	<0,001
20.000 a 99.999 vidas	0,8181	0,2116	0,4174	0,2443	<0,001
A partir de 100.000 vidas	0,7803	0,1664	0,4609	0,2718	<0,001
IDSM					
1 a 19.999 vidas	0,9714	0,2970	0,9591	0,3058	0,058
20.000 a 99.999 vidas	0,8382	0,2240	0,8557	0,2843	0,142
A partir de 100.000 vidas	0,8083	0,2163	0,9233	0,2122	<0,001
IDGR					
1 a 19.999 vidas	0,9213	0,2325	0,8630	0,3982	<0,001
20.000 a 99.999 vidas	0,8991	0,2578	0,9235	0,1958	0,147
A partir de 100.000 vidas	0,9330	0,1683	0,8639	0,1921	0,015

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2019).

Conforme se observa na Tabela 4, na dimensão IDQS, apenas operadoras de 20 a 100 mil vidas não tiveram diferença significativa. As reduções mais expressivas se deram na dimensão da IDGA, com diferença significativa para todos os portes. Para a dimensão IDSA, chama atenção o significativo aumento da nota entre operadoras com mais de 100 mil vidas. Quanto à dimensão IDGR, foram observadas diferenças significativas para operadoras com menos de 20 mil e mais de 100 mil vidas, com redução de notas nas duas modalidades.

Para avaliar o impacto do indicador bônus do selo de Acreditação de Operadora, observou-se que apenas 38 (4,6%) das operadoras avaliadas neste estudo apresentaram pontuação-bônus, sendo que 35 (92,1%) com a pontuação máxima (acréscimo de 0,15 na pontuação final do IDSS). Dessas 38 operadoras, 21 (55,2%) apresentaram mudança de faixa, sendo que duas operadoras mudaram da faixa 3 para a faixa 4 e as demais, a mudança de faixa foi da 4 para 5. Dentro do contexto geral, como foram poucas as operadoras que pontuaram, o impacto no aumento da média, bem como na mudança de faixa de resultado, não foi significativo quando considerada a bonificação do indicador.

4. Discussão

Em relação ao perfil das operadoras avaliadas nos dois anos-base pela ANS, 59,1% das operadoras são de pequeno porte, ainda que concentrem apenas 5,8% dos beneficiários. Em contrapartida, 10,2% das operadoras são de grande porte e concentram 75,3% dos beneficiários. A sinistralidade ficou abaixo da média de mercado quando considerada todas as operadoras (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2019c), isso porque há uma maior quantidade de operadoras de

pequeno porte, apesar de representarem uma parcela pequena em relação ao número de vidas. As operadoras de menor porte tendem a apresentar piores índices de sinistralidade (Araújo & Silva, 2018).

Registra-se que no ano-base de 2017, em uma base de dados disponibilizada pela ANS, das 1.134 operadoras, excluindo as autogestões, 19% não atingiram a meta e, em 2020 16% não completaram as exigências solicitadas pela ANS (ANS, 2019d). A análise dos dados do ano-base 2017 em relação ao ano-base 2016 permite evidenciar mudanças que representaram alteração nos resultados do IDSS. A redução foi significativa para as dimensões de Qualidade em Atenção à Saúde (IDQA), Garantia de Acesso e Gestão de Processos e Regulação (IDGA), afetando principalmente as operadoras de pequeno porte. No caso das operadoras de pequeno porte, as mudanças de avaliação as tornam mais sensíveis pelo baixo grau de eficiência, ou seja, o impacto pode acontecer justamente por possuírem menor ganho em escala e maior peso de despesas administrativas (Souza, et al., 2016).

Cabe pontuar que os indicadores da dimensão assistencial são influenciados pelo modelo operacional praticado pela operadora (ANS, 2018a). Os principais problemas que afetam a avaliação da qualidade das operadoras de saúde na avaliação da ANS são referentes a diminuição na atenção à saúde do beneficiário nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como uma baixa oferta de rede assistencial oferecida pelas operadoras, redução na consolidação dos processos de gestão e das obrigações das operadoras junto à Agência (ANS, 2015).

Na análise das dimensões do IDSS, um fator a se destacar é a redução mais expressiva nas dimensões de Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS) e de Garantia de Acesso (IDGA), que podem ter sido influenciadas pelas operadoras que não atingiram pontuação superior a 30% no indicador “Razão TISS”. Tal consideração respalda-se que para alguns indicadores serem considerados na pontuação era necessário que o volume de dados de atenção à saúde da operadora fosse enviado no Padrão TISS, incorporado ao banco de dados da ANS próximo do movimento de atenção à saúde prestada a seus beneficiários registrado no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS).

Reconhece-se que um sistema de saúde precisa executar adequadamente tanto funções de prestação de serviços, quanto aquelas de geração de recursos, financiamento e boa administração (World Health Organization [WHO], 2000). A nova metodologia da ANS, com a Instrução Normativa nº 68/2017, resultou em um peso maior para a gestão da dimensão administrativa na operadora de saúde, pois, o indicador “Razão TISS”, apesar de fazer parte da dimensão regulatória (IDGR), refletiu diretamente nos resultados das duas dimensões (IDQS e IDGA) (ANS, 2017a).

Esse impacto fica ainda mais evidente quando analisado pelo Índice de Sustentabilidade de Mercado (IDSM), que não apresentou mudanças entre os anos avaliados. O IDSM apesar de ter tido modificação em seus indicadores, não utiliza a fonte de dados vinculados à TISS (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2018b). O envio dos dados da TISS à ANS é obrigatório, sendo que desde 2014, foi solicitada pelas operadoras a oportunidade de reprocessamento dos dados para que os resultados apurados fossem os mais fidedignos à realidade de cada operadora. Por um lado, houve melhoria da qualidade dos dados a serem considerados para a avaliação, no entanto do ponto de vista das operadoras, o tempo despendido para atender a demanda da ANS implicou em maior trabalho operacional administrativo, com pouco impacto nos resultados de desempenho (ANS, 2018a). Frente a tal posicionamento, a ANS reconhece que a mudança foi significativa, que marcou uma nova etapa do IDSS e inicia nova série histórica para a avaliação do desempenho da saúde suplementar brasileira (ANS, 2018a).

A ANS tem trabalhado e evoluído seus processos avaliativos junto com as operadoras na troca de informações, entretanto, estudo (Filardi, et al., 2016) apresenta que há questões que influenciam indiretamente a efetividade das soluções de tecnologias da informação pelas operadoras, como a falta de definição de processos, havendo redundâncias e excesso de burocracias e a escassez de recursos disponíveis.

Um exemplo emblemático, que exemplifica o apresentado, é o envio do Sistema de Informações de Produtos (SIP) e do Monitoramento TISS, de periodicidade distintas e com praticamente as mesmas informações. A ANS mantém o envio obrigatório das informações no padrão do SIP, que é a base do programa de monitoramento assistencial realizado pela Agência. Mantem-se às operadoras duplicidade de envio de informações, com fontes diferentes, qualidades diferentes e para objetivos semelhantes. A ANS não renunciou ao envio do SIP, que até o ano-base de 2016 era o padrão de envio para a avaliação do IDSS.

Reconhece-se que sistemas de informação desarticulados implicam em ineficiência (Gastão & Campos, 2020), e podem como no caso apresentado implicar na avaliação da situação de uma OPS. Por isso, é necessário que a ANS fomente maior articulação para a capacidade gerencial de ações das operadoras com seus prestadores de serviços e beneficiários, na proposta de melhorar a comunicação dos sistemas de informação.

Cabe refletir se a redução das notas das OPS, decorrentes da mudança de metodologia, ajuíza realmente perda de qualidade dado que as próprias operadoras se manifestaram que se tratava de uma dificuldade operacional. Por outro lado, a ANS implantou o padrão TISS, nos moldes atuais, desde 2012 (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2012b), porém, no ano-base de 2017, além de ter trazido o padrão TISS foi incluído a questão de completude dos dados em relação ao DIOPS e, caso ficasse abaixo de 30%, nenhum indicador seria considerado no cálculo (ANS, 2018b).

É inegável a importância do uso de indicadores para avaliação do desempenho da qualidade da operadora de saúde. Trata-se de uma informação que colabora para a escolha do consumidor em um mercado altamente competitivo, além de ser um indicador de monitoramento da ANS. A divulgação do IDSS tem contribuído para tornar público o grau de qualidade do setor para os beneficiários, proporcionando assim maior transparência e oferecendo subsídios para a escolha de um plano, estabelecendo uma competição positiva por um melhor desempenho global, concorrência sadia, em que pode haver uma movimentação dos beneficiários para as operadoras com as melhores notas (Oliveira & Kornis, 2017), reduzindo ainda mais os beneficiários nas operadoras de pequeno porte, o que pode acelerar a redução do número de operadoras.

Ao ser considerado na avaliação a restrição dos dados no cálculo dos indicadores da assistência e garantia de atendimento, para o indicador relacionado às obrigações regulatórias pode ter gerado como consequência uma importância elevada ao quesito de qualidade da informação. Ao vincular pelo menos 60% de um índice de desempenho à alimentação dos dados a ANS elevou o peso a essa informação. É importante salientar que, a qualidade na proposta de uma seguradora de saúde precisa abranger a dimensão da assistência ofertada ao cliente e a sua facilidade no acesso aos serviços de saúde que estão cobertos, aspectos que precisam ser pontuados como fundamentais no processo avaliativo de um sistema de saúde. Compreender aspectos políticos, econômico-social, organizacionais e técnico na avaliação do acesso é um desafio, no entanto uma proposta audaciosa para apresentar aspectos de melhoria contínua para um sistema de saúde.

As análises sugerem uma oportunidade da ANS balizar o peso dos indicadores para a conformação do cenário da qualidade, pois o não alcance do desempenho na razão TISS pode ser mais uma falha administrativa de TI do que da ausência e diminuição da assistência ao cliente. Sob essa argumentação, cabe ser estudado para além da composição de indicadores, os panoramas das operadoras e da compreensão de seus gestores sobre os sistemas de avaliação. Entende-se que uma possibilidade de avançar para suprimir esse problema, seria evoluir em paralelo com as informações da TISS e suprimir o SIP, para que as operadoras com maiores dificuldades operacionais tivessem tempo e recursos hábeis para atender adequadamente às normativas da ANS.

Cabe destacar que o IDSS pode não ser confiável para medição do desempenho das OPS, uma vez que as operadoras com melhores IDSS não eram, necessariamente, as que apresentaram o melhor desempenho por outras medidas, como o desempenho econômico-financeiro (Leucas, et al., 2017). A constante avaliação promove ciclos de melhorias, entretanto, revisões de metodologias que promovem grandes mudanças, como ocorrido no caso apresentado podem representar quebra de

ciclo avaliativos, que pode ser um processo que acelera a redução dos parâmetros de operadoras, tal como observado em estudo prévio (Sancovschi, et al., 2014), apontando a relação entre as intervenções da ANS e os piores resultados no IDSS.

É importante ressaltar que a função da ANS é de resguardar os direitos do consumidor, entretanto, a avaliação de operadoras tem sido de forma pulverizada, que leva muitas vezes em equívocos e falhas, marcado pela razão de falta de uma visão mais abrangente da avaliação de qualidade (Barros & Amaral, 2017). Na perspectiva das operadoras, percebe-se que a pontuação-bônus ao final do IDSS, de acordo com os resultados encontrados, não é um forte aliado da avaliação das operadoras. De forma complementar, o envolvimento da operadora em processos de Acreditação lhe atribuiria nível de maturidade e organização, e, conseqüentemente, melhor desempenho. Pode ser um estímulo a se mostrar mais efetivo.

A recente revogação da Resolução Normativa (RN) nº 139 pela RN 447 (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2020b), em fevereiro de 2020, e a posterior publicação da RN nº 452 (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2020c), em março de 2020, que altera pontos importantes do programa de acreditação das operadoras, apresentam possível alinhamento da ANS com iniciativas que fomentem o processo de acreditação. Tal possibilidade pode representar a transição da avaliação do IDSS, que tem uma vertente mais regulatória para adoção de abordagem mais participativa de avaliação, no sentido da proposta de avaliação de quarta geração.

Experiências internacionais de avaliação de desempenho de sistemas de saúde sinalizam alguns elementos comuns que se têm privilegiado, mesmo frente aos diferentes modelos que esses se propõem, tais como, a melhora da saúde/resultados e responsividade, contudo, percebe-se pouco desenvolvimento da área de avaliação da equidade e destaca-se a ausência de indicadores de eficiência macroeconômica (Viacava et al. 2004). Cabe ressaltar que, a característica do sistema de saúde também norteia a posição do gestor na avaliação (Viacava, et al., 2012). No caso brasileiro, a matriz de avaliação de desempenho das OPS é uma construção da ANS e da sociedade, mediante consulta pública (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2017b). Nesse sentido, ressalta-se a importância de fomentar a presença dos clientes das operadoras nas negociações para aproximar a necessidade percebida do usuário as normatizações que regem a relação da ANS com as OPS.

5. Conclusão

As mudanças na metodologia do PQO impactaram nas notas do IDSS, com reduções significativas nas dimensões de Qualidade em Atenção à Saúde, Garantia de Acesso e Gestão de Processos e Regulação, afetando principalmente as operadoras de pequeno porte. Essa redução na nota resultou em uma perda da comparabilidade da série histórica e pode ter impactado em movimentação de beneficiários ou beneficiários que deixaram de escolher a operadora pela sua nota baixa, o que não necessariamente refletiu em uma piora da qualidade dessas operadoras, principalmente quando avaliada dimensão de Qualidade de Atenção à Saúde, que foi uma das mais impactadas e representa 30% da nota final.

A pouca produção científica no uso dos dados do IDSS e a recente mudança de metodologia ainda é um limitador na produção do conhecimento. Nesse sentido, o estudo sinaliza a necessidade de aprofundar investigações capazes de compreender melhor o impacto dessa mudança e ajustar o peso da qualidade dos dados no resultado do IDSS, bem como estudos de abordagem qualitativa que possam envolver o impacto da avaliação na operadora, na perspectiva dos gestores e a utilização desse índice na melhoria contínua de resposta do sistema de saúde aos seus beneficiários. Outros estudos acompanhando a consistência das notas das operadoras com essa nova metodologia também podem contribuir para melhor compreensão e utilização deste programa de avaliação.

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2006). *Resolução Normativa nº 139, de 24 de novembro de 2006*. Brasília, DF: Diário Oficial da União. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2006/res0139_24_11_2006.html

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2012a). *Glossário temático: saúde suplementar*. Brasília, DF: ANS.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2012b). *Resolução Normativa - RN no 305, de 9 de outubro de 2012*. Estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro, RJ: Diário Oficial da União. <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjI0A==>

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2015). *Resolução Normativa - RN no 386, de 9 de outubro de 2015*. Dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2018_1_m386_2015.pdf

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2017a). *Instrução Normativa-IN no 68, de 11 de maio de 2017*. Brasília, DF: Diário Oficial da União. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20214116/do1-2017-05-16-instrucao-normativa-in-n-68-de-11-de-maio-de-2017-20214093

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2017b). *Grupo Técnico do Programa de Qualificação de Operadoras (IDSS Ano-base 2017)*. <http://ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicos-anteriores/grupo-tecnico-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras-idss-ano-base-2017>

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2018a). *Relatório do Programa de Qualificação de Operadoras 2018*. Rio de Janeiro, RJ. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2018-ano-base-2017-relatorio-da-qualificacao-operadoras.pdf

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2018b). *Ficha Técnica. Indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras 2018*. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2018_6_anexo_ii_ficha_tecnica_dos_indicadores.pdf

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2019a). *Perfil do setor*. Rio de Janeiro, RJ: ANS. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2017_dados_programa_qualificacao_operadoras.xlsx

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2019b). *ANS TabNet*. Rio de Janeiro, RJ: ANS. <http://www.ans.gov.br/anstabnet/>

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2019c). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos*. Rio de Janeiro, RJ. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/total-cad-info-jun-2019.pdf

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2019d). *D-TISS - Janeiro 2015 a Dezembro 2019*. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/tiss/lista-de-operadoras-consideradas-nas-analises-do-dtiss.ods

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2020a). *Qualificação ANS - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro, RJ: ANS.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2020b). *Resolução Normativa - RN no 447, de 05 de fevereiro de 2020*. Revoga a Resolução Normativa – RN no 139, de 24 de novembro de 2006, que institui o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, RJ: Diário Oficial da União. <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzgzMA==>

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2020c). *Resolução Normativa - RN no 452, de 09 de março de 2020*. Dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Altera a Resolução Normativa - RN no 124, de 30 de março de 2006. Rio de Janeiro, RJ: Diário Oficial da União. <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzgzNA==>

Araújo, Â. A. S., & Silva, J. R. S. (2018). Trend analysis of the claim rate and the impact on the reduction of the number of private healthcare providers in Brazil. *Ciência & Saude Coletiva*, 23(8), 2763–70.

Barros, F. P. C., & Amaral, T. C. L. Brazilian health regulation challenges. *Anais Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Lisboa)*, 16(3), 39–45.

Filardi, F., Freitas, A. S., Irigaray, H. A., & Capra, L. (2016). Fifteen years of the National Health Agency (ANS): strategic axis analysis of the institutional articulation and improvement from the experts' perspective. *Revista Ibero-Americana Estratégia*, 15(04), 105–17.

Gastão, A. M., & Campos, W. S. (2020). Capítulo 3 - Inovações nas práticas de gestão do SUS: desafios para reduzir desigualdades em saúde. In: Mello, J., Ribeiro, V.M., Lotta, G., Bonamino, A., Carvalho, C.P. (Ed.), *Implementação de políticas e atuação de gestores públicos* (pp. 73-95). Brasília, DF: IPEA.

Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., & Newman, T. B. (2015). *Delineando a pesquisa clínica*. (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Lei No 9.656, de 3 de junho de 1998. (1998). Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.. Brasília, DF. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm

Leucas, H. C. B., Messias, V. V., Menezes, P. G. F., Komatsuzaki, F., & Braga, L. B. M. (2017). Análise e comparação dos níveis de desempenho e eficiência de um grupo de operadoras de saúde suplementar de Minas Gerais. *Paramétrica*, 9(10), 523–36.

Monteiro, J., Mariot, M. C. R., & Ritta, C. de O (2020). 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*, 17(2), 22–37.

Oliveira, D. F., & Kornis, G. E. M. (2017). Policy for qualification of supplemental health in Brazil: the role of the Supplemental Health Performance Index. *Physis. Revista Saúde Coletiva*, 27(2), 207–31.

Pagano, M., & Gauvreau, K. (2004). *Princípios de bioestatística*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Salvatori, R. T., & Ventura, C. A. A. (2012). The National Agency of Supplementary Health - ANS: eleven years in regulating health insurance plans. *Organizações & Sociedade*, 19(62), 471–88.

Sancovschi, M., Macedo, M. Á. S., & Silva, J. A. (2014). Analysis of the Interventions of the Brazilian National Health Agency (ANS) Through the

Performance Ratios of Supplementary Health (IDSS). *Journal of Accounting, Management and Governance*, 17(2), 118–36.

Souza, A.A., Xavier, D.O., Avelar, E.A., & Gervásio, L.R. (2016). Análise do desempenho de Operadoras Brasileiras de Planos de Saúde. *Sistemas & Gestão*, 11(2), 175–82.

Viacava, F., Almeida, C., Caetano, R., Fausto, M., Macinko, J., Martins, M., & Szwarcwald, C. L. (2004). Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 711–24.

Viacava, F., Ugá, M. A. D., Porto, S., Laguardia, J., & Moreira, R. S. (2012). Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 921–34.

World Health Organization. (2000). The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: WHO. <https://www.who.int/whr/2000/en/>