

ANÁLISE DA SINISTRALIDADE E DO ÍNDICE DE DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO HORIZONTE DE 5 ANOS DE 2017 A 2021*

ANALYSIS OF THE CLAIM RATE AND PERFORMANCE INDEX OF SUPPLEMENTARY HEALTH CARE IN THE 5-YEAR HORIZON FROM 2017 TO 2021*

Amanda da Silva Raupp**
José Antônio Lumertz***
Máris Caroline Gosmann****

RESUMO

O presente estudo analisa a correlação entre o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e a sinistralidade das operadoras de planos de saúde no Brasil, no período de cinco anos. As informações utilizadas na pesquisa foram as notas do IDSS bem como as informações referentes às receitas de contraprestações e despesas assistenciais, que são disponibilizados através do sistema ANS TabNet. O estudo analisou os dados referentes aos exercícios dos anos de 2017 a 2021, compreendendo as operadoras classificadas como: autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde. Os resultados revelaram a ausência de uma correlação significativa entre o IDSS e as taxas de sinistralidade, indicando que a gestão da sinistralidade não é diretamente impactada pelas pontuações do IDSS. A contribuição deste estudo está na discussão de uma área pouco explorada no mercado de saúde suplementar, proporcionando uma investigação aprofundada sobre a relação entre o IDSS e a sinistralidade. A ausência de correlação direta entre o IDSS e a sinistralidade sugere que, embora a qualidade dos serviços de saúde seja essencial, outras variáveis podem ter um papel de grande impacto nos resultados financeiros e na sustentabilidade das operadoras.

Palavras-chave: Saúde Suplementar. Índice de Desempenho da Saúde Suplementar. IDSS. Sinistralidade.

ABSTRACT

This study analyzes the correlation between the Supplementary Health Performance Index (IDSS) and the loss ratio of health plan operators in Brazil, over a period of five years. The information used in the research was the IDSS notes, as well as the information regarding the income from payments and assistance expenses, which are made available through the ANS TabNet system. The study analyzed data referring to the years 2017 to 2021, comprising operators classified as: self-management, medical cooperative, philanthropy, group medicine

** Graduanda do curso de Ciências Atuariais da UFRGS. (amandaraupp07@gmail.com).

***Orientador. Professor do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da UFRGS. (jlumertz@terra.com.br).

****Coorientadora. Dra. Profª Adjunta DCCE/FCE/UFRGS. Graduação em Ciências Atuariais UFRGS (2005), Economia UFRGS (2014) e Nutrição UFCSPA (2005). Especialização em Economia e Finanças UFRGS (2011). Mestrado em Atuária PUC-Rio (2009). Doutorado em Ciências Contábeis UFRJ (2022) (maris.caroline.gosmann@gmail.com).

and specialized health insurance. The results revealed the absence of a significant correlation between IDSS and accident rates, indicating that accident management is not directly impacted by IDSS scores. The contribution of this study lies in the discussion of an area little explored in the supplementary health market, providing in-depth research on the relationship between the IDSS and the accident rate. The absence of a direct correlation between the IDSS and the loss ratio suggests that, although the quality of health services is essential, other variables can have a role of great impact on the financial results and sustainability of the operators.

Keywords: Supplementary Health. Supplementary Health Performance Index. IDSS. Loss ratio.

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 1930, a assistência médica foi inserida como um benefício dos trabalhadores brasileiros. Na década de 1960, algumas empresas dos setores industrial e de serviços passaram a oferecer assistência à saúde aos seus funcionários, dando início às atividades de saúde suplementar no Brasil. Em 1988, o mercado de saúde suplementar do Brasil foi regulamentado pela Lei nº 9.656.

Segundo Salomão Filho (2001), a palavra regulação refere-se à intervenção do Estado na atividade econômica, por meio da concessão do serviço público ou do exercício do poder de polícia. Assim, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que é o órgão regulador vinculado ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. Ela nasceu pela Lei nº 9.961, em 28 de janeiro de 2000, com o objetivo de regular um setor da economia sem padrão de funcionamento, visto que apenas o seguro de assistência à saúde e as seguradoras possuíam um controle econômico-financeiro, realizado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

A missão da ANS é de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais e contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Em razão disso, vem desenvolvendo diversas atividades e ações de monitoramento e controle, visando a qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos de saúde. Uma das ações de destaque da ANS é a criação do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO). Por meio deste, é possível avaliar o desempenho das operadoras de planos de saúde, em relação à qualidade dos serviços ofertados, do atendimento prestado e dos dados relativos à gestão, ampliando, assim, o poder de escolha por parte dos beneficiários, estimulando a qualidade do setor e reduzindo a assimetria de informações.

A avaliação das operadoras é realizada por meio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Esse índice irá permitir a comparação entre as operadoras, estimulando, assim, a disseminação de informações de forma transparente, a redução da assimetria de informação e a ampliação da concorrência baseada em valor no setor.

O índice é composto por um conjunto de indicadores que são divididos em quatro dimensões, sendo calculado a partir dos valores enviados pelas operadoras ou coletados nos sistemas nacionais de saúde. Os resultados são estratificados em cinco faixas avaliativas, onde as notas de 0,60 a 1,00 são consideradas as melhores notas do IDSS. No ano-base de 2021, o resultado desse índice teve a nota média de desempenho de todas as operadoras do setor de 0,8128, sendo, então, considerada a melhor nota desde 2013. Além desse resultado, também houve um aumento no número de operadoras que estão classificadas na melhor faixa avaliativa e um crescimento do número de beneficiários em operadoras classificadas nas melhores faixas.

Entretanto, não são apenas os números do desempenho das operadoras de planos de saúde que vem aumentando. Os custos com a saúde também cresceram e a sinistralidade alcançou nos anos de 2021 e 2022 os maiores valores já registrados desde 2001. Segundo Pires (2008), a sinistralidade é um índice calculado por meio da razão entre os sinistros realizados (custos de assistência) e o prêmio (receitas de assistência), medida em percentual, sendo que a média de sinistralidade tida como aceitável pela maioria das empresas no setor é de 75%. Tal índice é de suma importância para as operadoras de saúde pois, quando elevado, pode levar à insolvência destas (Castro, 2019).

A busca por excelência na qualidade dos serviços prestados e na gestão financeira das operadoras é uma constante. Assim, o IDSS se torna uma importante ferramenta de análise para avaliação e monitoramento do desempenho das operadoras. Simultaneamente, a eficiente gestão de sinistralidade surge como um desafio estratégico, uma vez que é necessário tomar decisões estratégicas buscando a melhora da qualidade dos serviços, otimizando os custos e mantendo a sustentabilidade financeira das mesmas. Diante disso, a questão problema deste estudo é: Há correlação entre o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e a sinistralidade em operadoras de planos de saúde?

O presente estudo utilizou a base de dados da ANS entre os anos 2017 e 2021, contendo informações contábeis, as notas do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar e a modalidade das operadoras, a fim de analisar o quanto a nota recebida no IDSS é influenciada pela sinistralidade da operadora. O objetivo do estudo é analisar se existe relação entre a nota do IDSS e a sinistralidade das operadoras, verificando se as operadoras com melhores notas possuem melhor gestão da sinistralidade ou se o IDSS não impacta na sinistralidade.

A análise da correlação entre o IDSS e a sinistralidade pode fornecer informações benéficas para essa tomada de decisões. Oliveira e Kornis (2015) alegam que, buscando compreender o Índice Desempenho da Saúde Suplementar, foi possível perceber que a literatura acadêmica é escassa sobre esse tema, o que por si só justifica a proposta do estudo. Além disso, justifica-se a escolha do assunto devido ao fato de que estudos que relacionam o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) com a sinistralidade das operadoras não foram encontrados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A presente seção aborda brevemente sobre o histórico de evolução do mercado de saúde suplementar no Brasil e conceitos fundamentais sobre sinistralidade e IDSS, bem como estudos relacionados ao tema da pesquisa.

2.1 SAÚDE SUPLEMENTAR: SETOR E PERCEPÇÕES

A saúde pode ser considerada como um dos elementos essenciais tanto para o bem-estar da população em geral quanto para o desenvolvimento socioeconômico de um país. No Brasil, o sistema de saúde é subdividido em duas modalidades: pública e privada. A saúde pública é administrada pelo Estado e está estruturada no Sistema Único de Saúde (SUS). Já a saúde privada, também conhecida como suplementar, trata das operadoras de planos de saúde, que fazem parte da iniciativa privada e surgiram como uma alternativa para complementar os serviços de saúde ofertados pelo SUS. A definição de saúde suplementar pela FENASAÚDE (2023):

A Lei 9.656/1998 define Operadora de Plano de Assistência à Saúde como sendo a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de

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 (FENASAÚDE, 2023).

No Brasil, a cronologia da organização das operadoras de saúde tem seu início a partir de 1960, sendo a primeira operadora fundada na região do ABC paulista, na modalidade de medicina em grupo. Também na década de 1960, foi fundada a primeira cooperativa médica na cidade de Santos. Já nos anos subsequentes, em 1970, as operadoras passaram a operar planos de saúde coletivos e em 1983 iniciaram com os planos individuais, passando a dar uma estrutura técnica e atuarial aos produtos já ofertados aos consumidores, bem como ampliando as coberturas já disponíveis (Cata Preta, 2004).

Em 1998, a atividade foi regulamentada por meio da Lei nº 9.656, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e é o marco regulatório da assistência suplementar privada. Pouco tempo depois, em janeiro de 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. Foi instituída pela Lei nº 9.961, cujo Art. 1º denomina “como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.” (Brasil, 2000).

As operadoras de saúde são segmentadas conforme a cobertura assistencial, sendo que os planos podem ser de cobertura exclusivamente odontológica ou então cobertura de assistência médica, podendo ser ambulatorial e/ou hospitalar e que poderá contar ou não com cobertura odontológica. Além disso, se classificam em diferentes modalidades de atuação no mercado, conforme seu estatuto jurídico. No quadro 1, é possível verificar a descrição das modalidades das operadoras:

Quadro 1: Descrição das modalidades das operadoras

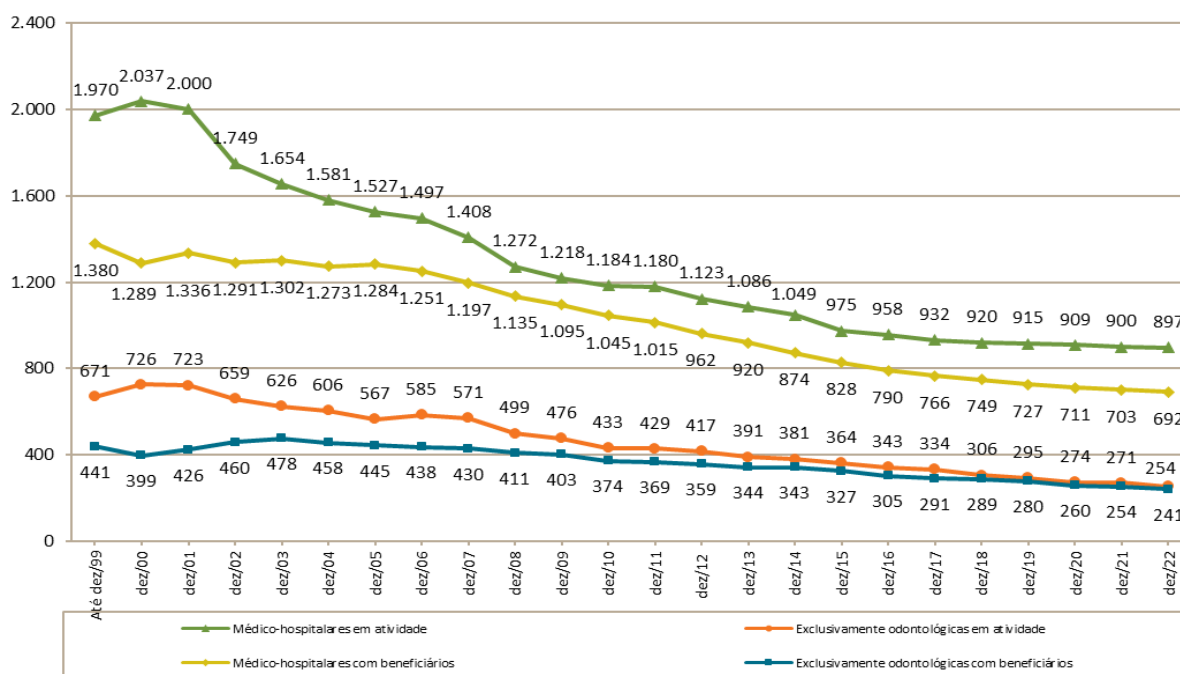
Modalidade	Descrição
Administradora de Benefícios	Empresa que apenas administra planos de saúde, que são financiados por outra operadora. Uma administradora não assume o risco decorrente da operação desses planos e não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. Por não possuírem beneficiários, a operadora classificada como administradora está dispensada do envio das informações sobre beneficiários (seus dados são classificados como inconsistentes).
Autogestão	Empresa que opera planos de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes.
Cooperativa Médica	Sociedade sem fim lucrativo, conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.
Cooperativa Odontológica	Sociedade sem fim lucrativo, conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que opera exclusivamente planos odontológicos.
Filantropia	Entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de assistência à saúde, sendo certificada como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declarada de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou pelos

	órgãos dos governos estaduais e municipais.
Medicina de Grupo	Demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde.
Odontologia de Grupo	Demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos.
Seguradora Especializada em Saúde	Sociedade seguradora autorizada a operar planos de saúde, desde que esteja constituída como seguradora especializada nesse tipo de seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

Fonte: Adaptado de Manual da Sala de Situação da ANS (2016)

O gráfico 1 apresenta a evolução do número de operadoras de planos privados de saúde em atividade desde dezembro de 1999 até dezembro de 2021.

Gráfico 1: Número de operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/1999 - dezembro/2022)

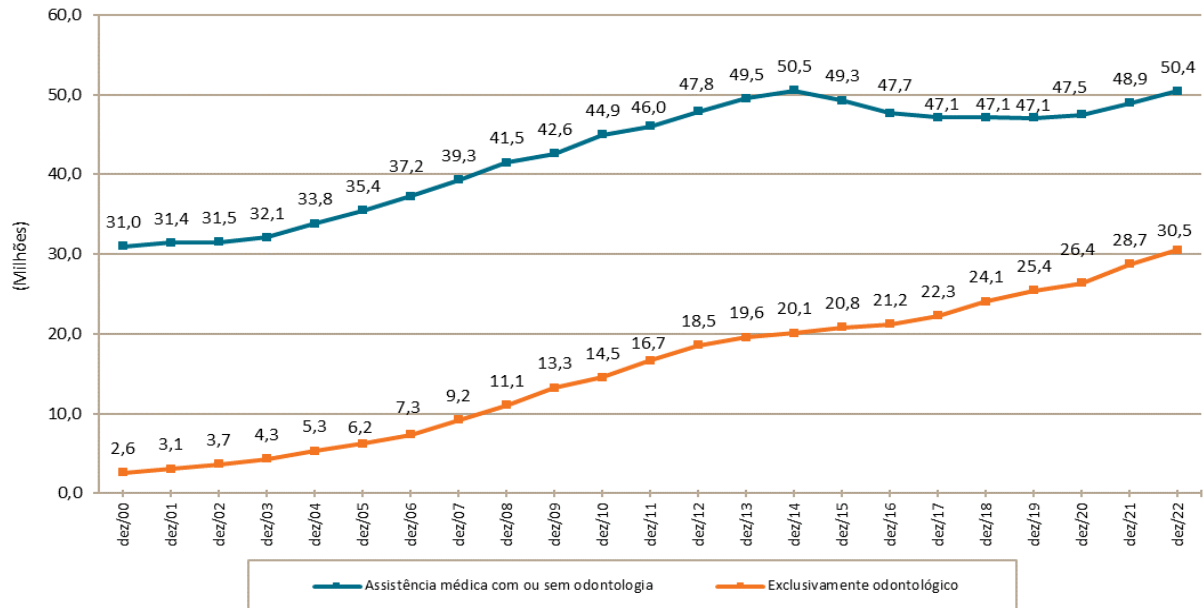


Fontes: SIB/ANS/MS - 12/2022 e CADOP/ANS/MS - 12/2022

É possível observar que desde a criação da ANS ocorreu uma redução no número de registros de operadoras. Em dezembro de 2022, o setor contava com 897 operadoras médico-hospitalares em atividade, das quais 692 possuíam beneficiários, e 254 operadoras exclusivamente odontológicas em atividade, das quais 241 possuíam beneficiários. Tais números são bem diferentes de dezembro de 1999, último dado anterior a criação da ANS, onde constavam 1970 operadoras médico-hospitalares em atividade, das quais 1380 possuíam beneficiários, e 671 operadoras exclusivamente odontológicas em atividade, das quais 441 possuíam beneficiários.

Diferentemente do que ocorreu com as operadoras de planos privados de saúde em atividade, o número de beneficiários teve um grande aumento, conforme evidenciado no gráfico 2 a seguir:

Gráfico 2: Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2000 - dezembro/2022)



Fonte: SIB/ANS/MS - 02/2023

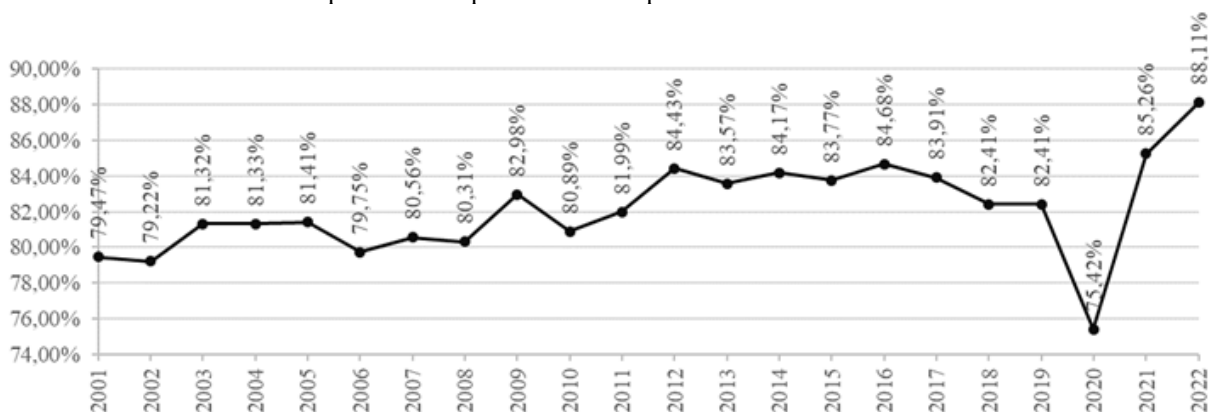
Pode-se observar que, em dezembro de 2000, havia 31 milhões de beneficiários em planos de assistência médica com ou sem odontologia, chegando a 50,4 milhões de beneficiários em dezembro de 2022. Já nos planos exclusivamente odontológicos, o número foi de 2,6 milhões em dezembro de 2000, subindo para 30,5 milhões em dezembro de 2022.

2.2 SINISTRALIDADE NA SAÚDE SUPLEMENTAR

A sinistralidade das operadoras de saúde suplementar pode ser medida através da relação entre as despesas assistenciais das operadoras e as suas receitas. Segundo Pires (2008), a sinistralidade é um índice calculado por meio da razão entre os sinistros realizados (custos de assistência) e o prêmio (receitas de assistência), medida em percentual. Cabe destacar que, quanto menor o percentual, significa que há menos eventos indesejáveis para as operadoras. A média de sinistralidade tida como aceitável pela maioria das empresas do setor é de 75% (Pires, 2008). Isso porque, através dessa medida, é possível evidenciar se a empresa conseguirá, através da sua receita, custear suas despesas administrativas, tributárias e comerciais e obter uma margem de lucro que viabilize o negócio.

Historicamente, o índice de sinistralidade no setor de saúde suplementar no Brasil é elevado. No gráfico 3, é possível observar a evolução da sinistralidade nos planos privados de saúde ao longo dos anos.

Gráfico 3: Sinistralidade das operadoras de planos de saúde privados no Brasil



Fonte: elaborada a partir dos dados obtidos na pesquisa (2023)

Pode-se observar que os dados apontam para as sinistralidades acima da média aceitável dos 75%, que permite o custeio das despesas e margem de lucro. Nota-se uma queda significativa do percentual no ano de 2020, visto as medidas de distanciamento físico estabelecidas frente à pandemia da COVID-19, sendo o ano que apresentou a menor sinistralidade do período. Entretanto, nos anos seguintes, de 2021 e 2022, é possível verificar o retorno das utilizações, sendo estes os anos com a maior sinistralidade registrada desde 2001.

2.3 ÍNDICE DE DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Conforme Lozer (2013), o Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) foi uma iniciativa desenvolvida pela Agência Nacional de Saúde (ANS) com o objetivo de avaliar o desempenho das operadoras de planos de saúde. Visto que uma das principais falhas do mercado na saúde suplementar é a assimetria de informação, os principais objetivos são: “o estímulo da qualidade setorial e a redução da assimetria de informação, promovendo maior poder de escolha para o beneficiário e oferecendo subsídios para a melhoria da gestão das operadoras e das ações regulatórias da ANS” (ANS, 2023). Assim, conforme art 3º da RN nº 505/2022, o programa busca o incentivo de cada componente da saúde suplementar, visando a estímulo: das operadoras a atuarem como gestoras de saúde, dos prestadores a atuarem como produtores do cuidado de saúde, dos beneficiários a serem usuários de serviços de saúde com consciência sanitária e da ANS a aprimorar sua capacidade regulatória.

O IDSS é um índice composto por um conjunto de indicadores agrupados em quatro dimensões e é calculado com base nos dados extraídos dos sistemas de informações da ANS ou então coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde. Sua avaliação é sempre retroativa e anual, ou seja, os indicadores são publicados com base nos dados referentes ao ano anterior à data da publicação. Tal índice pode variar entre 0 e 1, sendo que os valores próximos a 1 (um) indicam grande eficácia da operadora, o que significa que a atuação da operadora está em conformidade ao estabelecido pela ANS. Os valores próximos a 0 (zero) indicam pouca eficácia, o que significa que a atuação da operadora está distante do esperado pela ANS.

As quatro dimensões que compõem o IDSS são: Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS); Garantia do Acesso (IDGA); Sustentabilidade no Mercado (IDSM); e Gestão de Processos e Regulação (IDGR).

A Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde, também conhecida como Qualidade da Assistência Médica Prestada, envolve indicadores que avaliam as ações em saúde que irão contribuir para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários dos planos, com

identificação do impacto dessas ações em suas condições de vida. O foco da dimensão será analisar as ações de prevenção, promoção e atendimento ao paciente. Assim, irá avaliar como está sendo executado o atendimento ao beneficiário em números relacionados. Está dividido em doze indicadores, que irão mostrar dados referentes ao estímulo ao parto normal, consultas pré-natal, cuidado ao diabético, cuidado ao idoso, programas de prevenção de doenças, entre outros.

A Dimensão Garantia do Acesso, também conhecida como Qualidade e Acesso aos Hospitais, Laboratórios e Profissionais de Saúde, envolve as condições relacionadas à rede assistencial que irão possibilitar a garantia de acesso, que abrange a oferta de rede de prestadores. O foco da dimensão será assegurar o cuidado e a assistência ao indivíduo, o que significa que será a rede de prestadores e de parceiros em que o beneficiário poderá recorrer quando necessitar de atendimento. Está dividido em oito indicadores, que irão trazer aspectos ligados ao atendimento à pessoa com doença renal crônica, acesso à urgência e emergência 24 horas, médico de referência do idoso, comercialização de planos de saúde individuais, entre outros.

A Dimensão Sustentabilidade no Mercado, também conhecida como Satisfação do Cliente e Solidez do Plano de Saúde, envolve a sustentabilidade da operadora, considerando o seu equilíbrio econômico-financeiro e, também, a satisfação dos seus beneficiários e os compromissos com os prestadores. O foco da dimensão, então, será aferir a situação financeira das operadoras bem como a satisfação dos clientes. Está dividido em sete indicadores, que irão trazer aspectos ligados à solidez dos planos de saúde, resolução das queixas dos clientes, reclamações gerais dos clientes, entre outros. Está inserido, principalmente, na equipe de gestão da instituição e é de suma importância que todos estejam empenhados em gerir os gastos, sugerir os melhores investimentos e oferecer as melhores soluções.

A Dimensão Gestão de Processos e Regulação, também conhecida como Qualidade da Gestão Administrativa do Plano de Saúde, envolve as obrigações das operadoras junto com a ANS, o que irá incluir o envio de informações e de dados à agência. Está dividido em cinco indicadores, como a qualidade dos dados de cadastro do beneficiário, a qualidade da informação em saúde enviada para a ANS, entre outros. Servirá também como instrumento de gestão pois, além de ser um parâmetro de análise para a ANS, com os dados enviados fica mais fácil a compreensão por parte das operadoras de quais são os pontos fortes e fracos do negócio.

Para realização do cálculo, essas quatro dimensões são agrupadas com pesos diferentes, conforme apresentado no quadro 2:

Quadro 2 – Peso das dimensões do IDSS

Dimensão	Nome da Dimensão	Peso
IDQS	Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde	0,30
IDGA	Dimensão Garantia do Acesso	0,30
IDSMS	Dimensão Sustentabilidade no Mercado	0,30
IDGR	Dimensão Gestão de Processos e Regulação	0,10

Fonte: elaborado a partir dos dados obtidos na pesquisa (2023).

Assim, as dimensões de Qualidade em Atenção à Saúde, Garantia do Acesso e Sustentabilidade no Mercado são as que terão maior influência na nota do IDSS, sendo que cada uma terá peso de 0,30. Enquanto isso, a dimensão de Gestão de Processos e Regulação, terá peso de 0,10 no cálculo do IDSS.

O IDSS está relacionado com a atividade atuarial visto que é possível obter uma série de dados e de informações disponíveis em cada uma das suas dimensões. Por meio dessas dimensões, a operadora possuirá informações disponíveis em relação aos beneficiários, aos

prestadores e aos planos de saúde. É de suma importância que o atuário faça a gestão dessas informações e dos dados que pode obter através de cada uma delas, visto que, a partir da gestão dessas informações, é possível fazer uma análise de risco mais aprimorada, entendendo melhor os riscos que impactam de fato na carteira da operadora, e, assim, influenciando na tomada das decisões estratégicas, garantindo a solvência da operadora no mercado.

2.4 ESTUDOS RELACIONADOS

Aguiar (2016) estudou o desempenho econômico de operadoras de saúde, separando-as em modalidades: Autogestão, Cooperativa Médica, Medicina de Grupo e Seguradora Especializada em Saúde. O estudo teve como resultado a confirmação da relação existente entre o IDSS das operadoras de saúde e seus indicadores econômicos – financeiros. A pesquisa trouxe dados de acompanhamento de sinistralidade das operadoras no período analisado, no horizonte de 2008 a 2014, e selecionou as operadoras que obtiveram sinistralidade menor que 75% e que se destacaram em mais de dois índices financeiros, sendo que todas as empresas foram consideradas operadoras positivas porque possuíam resultados de IDSS de entre 0,6 e 1,00.

Oliveira e Kornis (2015) estudaram o papel do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) no setor privado da saúde brasileira, bem como o seu uso impacta na regulação na qualidade dos serviços prestados. Na construção do artigo, fica evidente a escassez da literatura acadêmica sobre o tema abordado. É relatado que o instrumento utilizado pela ANS é eficaz, democrático e participativo, porém é possível observar que o IDSS tem um papel concentrador em favor dos oligopólios privados do mercado, o que faz com que vá de encontro aos preceitos da agência em defesa do consumidor e do interesse público. A pesquisa avaliou os resultados gerados pelo IDSS entre os anos-base de 2004 a 2014 e mostrou que planos de saúde atuais apresentam uma maior qualificação com relação aos dos anos anteriores, evidenciando, através das notas do IDSS uma evolução positiva na qualidade das operadoras.

Albuquerque et al. (2017) estudaram o desempenho do setor de saúde suplementar, através da evolução da qualidade do setor medida pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar e da análise do desempenho econômico-financeiro, em operadoras de planos de saúde médico-hospitalares ativas de 2000 a 2015. O estudo apresentou como resultado o aumento de receitas e despesas gradativamente ao longo dos anos no setor, a redução no número total de operadoras e um aumento do número de operadoras classificadas nas melhores faixas do IDSS. Esse fato pode ser explicado pela ampliação da exigibilidade de qualificação estabelecida pela ANS, que fizeram com que a qualidade do setor aumentasse. Ainda, previram que o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar ganhasse ainda mais força no decorrer dos próximos anos.

Pacheco (2023) estudou a sinistralidade em período específico da covid-19, obtendo resultados sobre o índice de sinistralidade, o comportamento de volume de beneficiários, e a quantidade de operadoras em atividade no mercado. A pesquisa mostrou que operadoras do setor de saúde suplementar tiveram uma redução significativa da sinistralidade média trimestral nos anos de 2020 e 2021, primeiros dois anos de pandemia, porém com aumento subsequente por uso de beneficiários, em que foi observado o retorno, em 2021, do índice ao patamar semelhante de anos anteriores à pandemia. Assim, afirma que no ano de 2020, a sinistralidade ficou abaixo dos percentuais que eram comuns até períodos anteriores à pandemia e apresentou um dos menores índices de sinistralidade trimestrais. Entretanto, ao comparar o ano de 2021, foi possível observar que a sinistralidade voltou a apresentar altos índices, com um aumento de demanda relevante tanto de atendimentos voltados à COVID-19 quanto de atendimentos regulares.

Existem poucos estudos que falam sobre o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar. Consegue-se pesquisar sobre o mercado de saúde suplementar no Brasil, a história da saúde suplementar e estudos que falam sobre a nova perspectiva de regulação na qualificação da saúde suplementar. Estudos que relacionem diretamente o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) com a sinistralidade nas operadoras de saúde suplementar não foram encontrados.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa realizada neste estudo é classificada quanto aos seguintes aspectos: quantitativa pela forma de abordagem do problema, pesquisa descritiva de acordo com seus objetivos e pesquisa documental e experimental quanto aos procedimentos técnicos utilizados.

Quanto à tipologia, a pesquisa usada neste estudo terá o formato quantitativo, pela forma de abordagem da questão problema ser caracterizada pelo uso da quantificação, na coleta e no tratamento das informações. Para Richardson (2017), pesquisa quantitativa é aquela que é caracterizada pelo emprego da quantificação, tanto na coleta de informações tanto no tratamento destas coletas, através de técnicas estatísticas.

Pelo estudo das características de uma população, a pesquisa é classificada como descritiva pois, segundo Silva (2003), a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de uma população ou fenômeno, relacionando as suas variáveis.

Segundo Kripka, Scheller e Bonotto (2015), a pesquisa documental é aquela que utiliza um documento como objeto de investigação, que possui fontes primárias, ou seja, aquelas que não receberam nenhum tratamento analítico como relatórios de pesquisas ou estudos, memorandos, atas, entre outras matérias de divulgação. Sendo assim, a pesquisa será classificada, ainda, como documental, pela utilização de documentos publicados e disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Ao que se refere aos procedimentos técnicos, a pesquisa experimental trazida neste estudo está ligada ao tipo de pesquisa que descreve o relacionamento entre as variáveis através de teste, experimento, para inferir as relações de causalidade, segundo Köche (1997) *apud* Fernandes e Gomes (2003).

Segundo Vergara (2000) *apud* Fernandes e Gomes (2003), o experimento é um tipo de pesquisa científica no qual o pesquisador compara uma ou mais variáveis independentes e observa o resultado nas variáveis propostas concomitantemente à análise das variáveis independentes. Nesse caso, e especificamente para este estudo proposto, vale ressaltar que dentro do âmbito da pesquisa experimental, esses mesmos autores, evidenciam que pode haver outros fatores que podem afetar o resultado de um experimento, que são as chamadas variáveis exógenas, ou seja, aquelas que não estão propostas no estudo e nem no escopo da pesquisa. Para a realização do escopo do estudo aqui proposto foram selecionadas as operadoras que tiveram o IDSS publicado durante os anos de 2018 a 2022 que correspondem, respectivamente, aos exercícios dos anos de 2017 a 2021, bem como seus dados contábeis, compreendendo as operadoras classificadas como: autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde.

Como os dados são disponibilizados na ANS sempre no ano seguinte ao ano corrente, a coleta de dados utilizada no estudo serão os dados contábeis, referentes às receitas de contraprestações e despesas assistenciais, de fechamento anual, dezembro, do ano de 2017 ao ano de 2021, com horizonte temporal de 5 anos. As operadoras que não tiveram o IDSS publicado em qualquer um dos anos pesquisados, foram excluídas do estudo, assim como as que não tiveram os dados contábeis. Desta forma, a amostra resultante compreendeu 530 operadoras de saúde de diferentes modalidades, conforme indicado na tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Total de Operadoras por Modalidade

Modalidade	Total de Operadoras	Percentual
Autogestão	99	18,68%
Cooperativa Médica	255	48,11%
Filantropia	24	4,53%
Medicina de Grupo	145	27,36%
Seguradora Especializada em Saúde	7	1,32%
Total	530	100%

Fonte: elaborada a partir dos dados obtidos na pesquisa (2023).

A maioria das operadoras são Cooperativas Médicas correspondendo a 48,11% delas. Na sequência, a predominância é de Medicina em Grupo, correspondendo a 27,36%. Em menor percentual estão as modalidades de Autogestão, Filantropia e Seguradora Especializada em Saúde.

Para o cálculo da sinistralidade, foram utilizadas as informações referentes às receitas de contraprestações e de despesas assistenciais, que são disponibilizados através do sistema ANS TabNet. O índice de sinistralidade demonstra a relação entre despesa assistencial e receita de contraprestações (Alves, 2015, p. 66). Na tabela 2 é possível observar os dados de receitas e despesas em bilhões segregados por modalidades, no período de 2017 a 2021. Na coluna sinistralidade, é demonstrado a relação entre elas.

Tabela 2 – Receitas e despesas do período de 2017 a 2021

Modalidade	Receita (R\$ bilhões)	Despesas (R\$ bilhões)	Sinistralidade
Autogestão	60,3	54,6	90,58%
Cooperativa Médica	310,7	253,7	81,65%
Filantropia	11,9	9,0	76,14%
Medicina de Grupo	271,8	218,3	80,32%
Seguradora Especializada em Saúde	226,0	193,6	85,68%

Fonte: elaborada a partir dos dados obtidos na pesquisa (2023).

As operadoras que apresentaram as menores de sinistralidade no período foram as Filantrópicas, com 76,14%. Logo após, estão as operadoras classificadas como Medicina em Grupo e Cooperativas Médicas, com 80,32% e 81,65%, respectivamente. Em contrapartida, as operadoras que apresentaram as maiores sinistralidade foram as Seguradoras Especializadas em Saúde seguidas de Autogestão, que apresentaram o percentual de sinistralidade de 85,68% e 90,58% respectivamente.

As notas referentes ao IDSS de cada operadora foram obtidas através do sítio eletrônico da ANS. Na tabela 3 é possível observar as médias do IDSS das operadoras da amostra, separadas por modalidades, no período de 2018 (ano-base 2017) a 2022 (ano-base 2021).

Tabela 3 – IDSS médio do período de 2018 (ano-base 2017) a 2022 (ano-base 2021).

Modalidade	IDSS Médio
Autogestão	0,6921
Cooperativa Médica	0,7474
Filantropia	0,6790
Medicina de Grupo	0,5990
Seguradora Especializada em Saúde	0,7337

Fonte: elaborada a partir dos dados obtidos na pesquisa (2023).

As operadoras que apresentaram as melhores notas médias de IDSS no período foram as Cooperativas Médicas, com nota de 0,7474 no período, seguida pelas Seguradoras

Especializadas em Saúde, com nota de 0,7337. As piores notas do IDSS ficaram com as operadoras de Medicina de Grupo, que ficaram com a nota média do período de análise em 0,5990.

Para a análise proposta nesta pesquisa, utilizou-se a correlação como resposta à busca que está aqui proposta. Segundo Souza (2019), a associação entre duas variáveis quantitativas é expressa, preferencialmente, por um coeficiente de correlação. O grau de correlação e a direção da correlação (positiva ou negativa) entre as variáveis sinistralidade e IDSS foram verificados através do coeficiente de Pearson, também designado por “ ρ de Pearson”, utilizando a ferramenta de análise de dados do Windows Excel. O sinal irá indicar a direção positiva ou negativa do relacionamento e o valor irá sugerir a força da relação entre as variáveis. Os resultados dessa correlação podem variar de -1 a 1, e, quanto mais próximo desses extremos, maior é a força da correlação existente. Já os valores próximos de zero indicam que a correlação é fraca. Cabe salientar que, um sinal positivo indica que as duas variáveis variam no mesmo sentido, e um sinal negativo indica que as variáveis variam em sentido inverso.

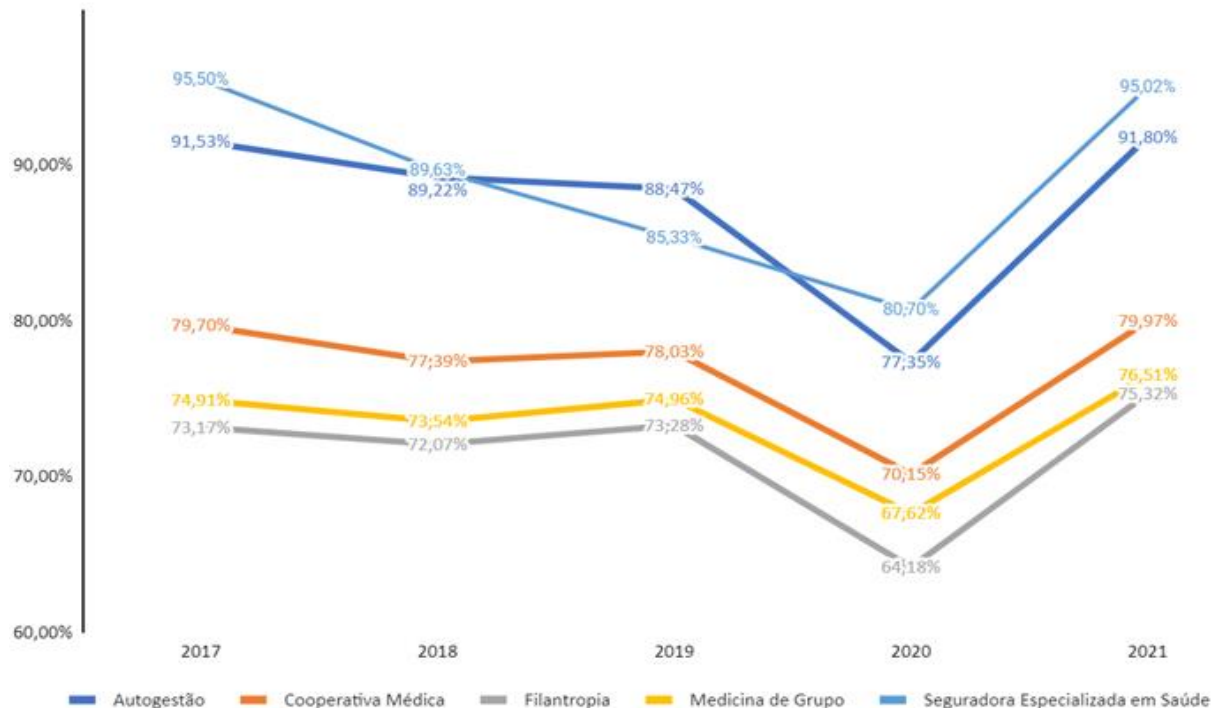
4 ANÁLISE DOS DADOS

Esta seção irá apresentar as análises realizadas no estudo, visando alcançar o objetivo da pesquisa. Primeiramente, serão apresentados os resultados de sinistralidade e do IDSS, distribuídos por modalidades. Na sequência, serão apresentados os resultados obtidos através da correlação entre ambos.

4.1 SINISTRALIDADE

A análise conjunta de sinistralidade do mercado por modalidades das operadoras e sua respectiva evolução conjunta pode ser visualizada no gráfico a seguir:

Gráfico 4: Sinistralidade das operadoras de planos de saúde privados no Brasil



Fonte: elaborada a partir dos dados obtidos na pesquisa (2023)

A tabela a seguir apresenta os percentuais de sinistralidade para os anos de 2017 a 2021, com os valores de maiores de sinistralidade destacados. Observa-se que no ano de 2020, o mercado de saúde suplementar teve seus menores índices de sinistralidade e que, no ano de 2021, os índices voltam a subir. Tal fato pode ser explicado como consequência do uso posterior de consultas, exames e procedimentos pós-COVID-19, onde os procedimentos médicos voltaram a ser demandados pelos beneficiários, em alinhamento aos resultados encontrados por Pacheco (2023).

Tabela 4 – Média de sinistralidade, por ano

Modalidade	2017	2018	2019	2020	2021
Autogestão	91,53%	89,22%	88,47%	77,35%	91,80%
Cooperativa Médica	79,70%	77,39%	78,03%	70,15%	79,97%
Filantropia	73,17%	72,07%	73,28%	64,18%	75,32%
Medicina de Grupo	74,91%	73,54%	74,96%	67,62%	76,51%
Seguradora Especializada em Saúde	95,50%	89,63%	85,33%	80,70%	95,02%

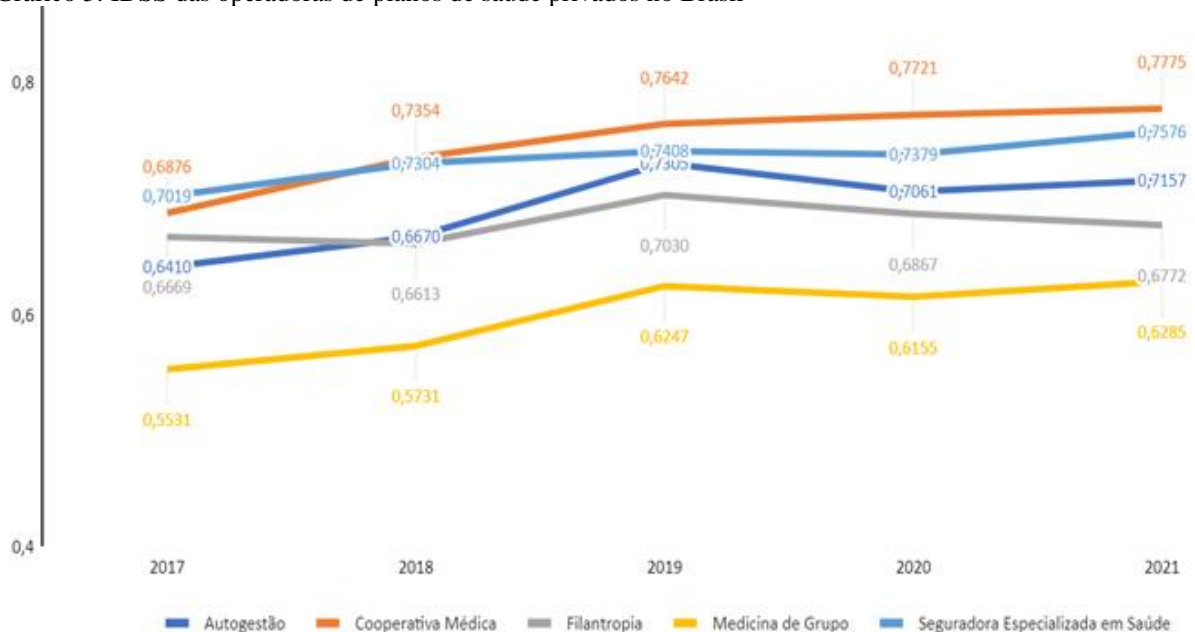
Fonte: elaborada a partir dos dados obtidos na pesquisa (2023).

Analisando as taxas médias de sinistralidade das operadoras por modalidade, pode-se verificar que os modelos de Autogestão e de Seguradoras Especializadas em Saúde apresentam-se acima das demais nos índices, conforme apontado anteriormente. A Filantropia apresentou o menor índice durante a amostra. Os anos de 2017 e de 2019 apresentam resultados de sinistralidade, por modalidade, maiores para Autogestão, Cooperativas Médicas e Seguradoras Especializadas em Saúde. No ano de 2017, as três modalidades estão em nível de sinistralidade próximo ao de 2021. Nas modalidades de Filantropia e Medicina em Grupo, a sinistralidade de 2019 tem seu nível maior, mas ainda assim abaixo de 2021. O ano de 2020 foi o que todas as modalidades apresentaram seus menores índices no período.

4.2 ÍNDICE DE DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A análise conjunta do IDSS do mercado por modalidades e sua respectiva evolução conjunta pode ser visualizada no gráfico a seguir:

Gráfico 5: IDSS das operadoras de planos de saúde privados no Brasil



Fonte: elaborada a partir dos dados obtidos na pesquisa (2023)

A tabela a seguir apresenta as notas do IDSS para o ano-base 2017 ao ano-base 2021, com os valores de maiores IDSS destacados. Observa-se que no ano de 2017, o mercado de saúde suplementar teve as notas mais baixas do período analisado, enquanto no ano de 2021, apresentaram, em média, os índices mais altos. Indo ao encontro de Oliveira e Kornis (2015), é possível observar uma evolução positiva na qualidade das operadoras, através das notas do IDSS. Ainda, em alinhamento aos resultados encontrados por Albuquerque *et al.* (2017), é possível afirmar que a qualidade do setor, medida através da nota do IDSS, vem aumentando ano a ano.

Tabela 5 – Média de IDSS, por ano

Modalidade	2017	2018	2019	2020	2021
Autogestão	0,6410	0,6670	0,7305	0,7061	0,7157
Cooperativa Médica	0,6876	0,7354	0,7642	0,7721	0,7775
Filantropia	0,6669	0,6613	0,7030	0,6867	0,6772
Medicina de Grupo	0,5531	0,5731	0,6247	0,6155	0,6285
Seguradora Especializada em Saúde	0,7019	0,7304	0,7408	0,7379	0,7576

Fonte: elaborada a partir dos dados obtidos na pesquisa (2023).

Analisando as notas médias do IDSS das operadoras por modalidade, pode-se verificar que as Cooperativas Médicas e as Seguradoras Especializadas em Saúde foram as que apresentaram as melhores notas, conforme apontado anteriormente. A Medicina de Grupo foi a que apresentou os piores resultados durante o período de análise. Os anos de 2019 e de 2021 apresentam resultados, por modalidade, maiores para Autogestão, Medicina de Grupo e Seguradoras Especializadas em Saúde. No ano de 2020, as três modalidades apresentaram uma leve queda, que pode ser explicado pelos impactos que o setor sofreu da pandemia de COVID-19. A modalidade de Cooperativa Médica apresenta as melhores notas em todos os períodos analisados.

4.3 RESULTADOS DE CORRELAÇÃO

Com o intuito de analisar se existe uma relação entre a nota do IDSS e a sinistralidade das operadoras, verificando se as operadoras que possuem melhores notas possuem melhor gestão da sinistralidade, foi realizada a correlação entre as variáveis, e os resultados podem ser visualizados abaixo:

Figura 1: Diagramas de dispersão



Fonte: elaborada a partir dos dados obtidos na pesquisa (2023).

Ao analisar os gráficos de dispersão já é possível verificar uma ausência de correlação. A tabela a seguir apresenta os resultados dos cálculos de correlação.

Tabela 6 – Resultados de Correlação

Modalidade	2017	2018	2019	2020	2021
Autogestão	-0,0722	-0,0616	0,0471	-0,1208	-0,1160
Cooperativa Médica	0,1500	0,2096	0,1894	0,1850	0,1436
Filantropia	0,0593	-0,0002	0,2179	0,3043	0,3532
Medicina de Grupo	0,0819	0,1735	0,0941	0,1193	0,2475
Seguradora Especializada em Saúde	-0,7544	-0,6397	-0,8314	-0,6213	-0,6482

Fonte: elaborada a partir dos dados obtidos na pesquisa (2023).

Ao analisar os resultados encontrados, é possível observar uma correlação nula, ou seja, não há nenhuma correlação aparente entre as variáveis, o que contraria os achados de Aguiar (2016). No estudo de Aguiar (2016) foram considerados todos os indicadores

econômicos e teve como resultado a confirmação da relação existente entre o IDSS das operadoras de saúde e seus indicadores econômicos–financeiros. No entanto, ao se centralizar a análise na sinistralidade, como está proposto nesta pesquisa, a correlação é nula. Isso ocorre, provavelmente, por um incentivo a gastos maiores que impactam na sinistralidade das operadoras para atingir IDSS maiores.

Assim, diferentemente do que o mercado em geral acredita, não há correlação entre as melhores notas do IDSS e gestão de sinistralidade das operadoras de modo geral, ou seja, o IDSS não promove a melhora na sinistralidade das operadoras. Então, embora o mercado tenha essa ideia, na verdade, para que seja possível atender a todas as recomendações, gera-se um custo muito alto para as operadoras. As causas dessa baixa correlação podem ser explicadas por haver um desconhecimento da operacionalização eficiente da implementação do IDSS.

Para tentar identificar quais são as causas dessa baixa correlação, pode-se olhar para cada uma das dimensões do IDSS. Como exemplo, pode-se citar a dimensão que preconiza a Atenção à Saúde. Essa dimensão possui indicadores que se referem ao acompanhamento dos beneficiários, visando sua melhora na qualidade de vida. Assim, haverá um maior acompanhamento da saúde do beneficiário, levando o mesmo para fazer consultas, encaminhamentos para exames e um maior monitoramento da saúde como um todo. Deste modo, a operadora atenderá a norma, aumentará a qualidade do atendimento, porém gerará um aumento de custos e, por decorrência, da sinistralidade. Dentro dessa dimensão, há também o indicador Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, que estimula as operadoras a desenvolverem esses programas, incentivando o autocuidado e prevenção de doenças. Tais programas são benéficos a longo prazo, mas acabam por implicar em maiores despesas para as operadoras. Do outro modo, a dimensão de Sustentabilidade no Mercado, traz informações de dados de monitoramento da sustentabilidade da operadora, satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores. Assim, a operadora poderá pontuar no IDSS sem despender recursos de custos assistenciais, que irão impactar na sinistralidade.

Neste contexto, é possível observar que algumas dimensões irão proporcionar uma redução de custos enquanto outras irão proporcionar um aumento nos mesmos, de modo que o IDSS visa a qualidade e acaba por não apresentar uma correlação direta com a sinistralidade. Como a norma exige que todas as operadoras de planos de saúde regulamentadas devem participar, é preciso buscar atender as exigências da ANS com uma maior eficiência operacional, despendendo menos recursos e entregando a mesma qualidade. O grande desafio das operadoras está no gerenciamento eficiente dos custos para garantir a sustentabilidade das operadoras de planos de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação existente entre a nota do IDSS e a sinistralidade das operadoras, verificando se as operadoras com melhores notas possuem melhor gestão da sinistralidade ou se o IDSS não impacta na sinistralidade. Para isso, foi considerado o período de 5 anos, compreendido entre os anos de 2017 à 2021. Para o desenvolvimento da análise proposta, foram consideradas as operadoras classificadas como: autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde.

Ao proceder a análise, foi observada uma ausência de correlação significativa entre o IDSS e a sinistralidade no período apurado. A sinistralidade, medida através da relação entre as despesas assistenciais das operadoras e suas respectivas receitas, e o IDSS, que representa a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras, são elementos essenciais no contexto da

saúde suplementar. Assim, a ausência de correlação entre essas variáveis, observada através dos resultados obtidos, apesar de não atestar a expectativa inicial do mercado, origina discussões pertinentes que enriquecem a compreensão das complexas dinâmicas do sistema de saúde privado.

Esse estudo contribui para a discussão de uma área pouco explorada no mercado de saúde suplementar. A ausência de correlação direta entre o IDSS e a sinistralidade sugere que, embora a qualidade dos serviços de saúde seja essencial, outras variáveis podem ter um papel de grande impacto nos resultados financeiros e na sustentabilidade das operadoras. Explorar essas variáveis em pesquisas futuras pode aprofundar ainda mais a compreensão do sistema.

O presente estudo apresenta limitações decorrentes do período temporal analisado, que compreendeu os anos de 2017 a 2021. Visto que o mercado de saúde suplementar é dinâmico, períodos distintos poderiam ter apresentado resultados diferentes. Outro ponto limitante da pesquisa foi a análise do mercado como um todo, não adentrando nas possíveis variações entre as diferentes modalidades do âmbito horizontal que existem. Ademais, esse estudo se limita no que se refere às variáveis consideradas. Embora a proposta tenha sido analisar a correlação entre o IDSS e a sinistralidade, pode haver outras variáveis que irão influenciar nos resultados.

Por fim, sugere-se, para estudos futuros, uma análise por cada uma das dimensões do IDSS, adentrando em cada um dos indicadores que compõem o índice, visto que o considerado neste estudo foi a nota geral das operadoras.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Programa de Qualificação das Operadoras**. Rio de Janeiro: ANS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>. Acesso em: 10 jun. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Qualificação da Saúde Suplementar: Nova perspectiva no processo de regulação**. Rio de Janeiro: ANS, 2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/completo.pdf. Acesso em 30 de jun. 2020.

AGUIAR, F. M. **Uma análise do impacto do desempenho dos indicadores econômico-financeiros no IDSS das operadoras de planos de saúde**. 2016.

ALBUQUERQUE, M. K. P. et al. **O desempenho do setor de saúde suplementar: uma relação entre variáveis econômico-financeiras e o IDSS**. In: 14th CONTECSI-International Conference on Information Systems and Technology Management. 2017.

ALVES, S. L. **Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Normativa – RN nº 505, de 30 de março de 2022**. Dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras, dá outras providências e revoga as Resoluções Normativas nº 386, de 09 de outubro de 2015, e nº 423, de 11 de maio de 2017. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2NQ==>. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1988**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 13 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/L9961.htm. Acesso em: 13 jun. 2020.

CASTRO, L. A. **Fatores determinantes na insolvência em operadoras de planos de saúde brasileiras no período de 2014 a 2018**. 2019. Trabalho de Conclusão de Graduação – Bacharelado em Ciências Atuariais, Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais, FCE, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/204669>. Acesso em: 20 jun. 2023.

CATA PRETA, H. L. N. **Gerenciamento de operadoras de planos privados de assistência à saúde**: atendimento aos usuários, controle dos custos operacionais e efetividade e qualidade dos serviços. 1ª ed. Rio de Janeiro: FUNENSEG, 2004.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (FENASAÚDE). **Sistema Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em: <https://fenasaude.org.br/conheca-a-fenasaude/sobre-o-setor/entenda-o-setor.html>. Acesso em 24 jun. 2023.

FERNANDES, L. A.; GOMES, J. M. M. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. **ConTexto-Contabilidade em Texto**, v. 3, n. 4, 2003.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D.L. **Pesquisa documental na pesquisa qualitativa**: conceitos e caracterização. *Revista de investigaciones UNAD*, v. 14, n. 2, jul/dez., 2015.

LOZER, A.C. **Qualificação das Operadoras de Planos de Saúde**. *Revista Debate Gvsaúde* – volume 15.jan/dez p.8.2013

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*. Rio de Janeiro, v. 27, n.2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n2/207-231/#>

PACHECO, M. K. M. O. **Análise do impacto da pandemia da Covid-19 na sinistralidade das operadoras de saúde suplementar no Brasil**. 2023.

PIRES, F. M. de S. **Estudo do impacto da medicina preventiva na diminuição da sinistralidade dos planos de saúde e sua aplicação ao sistema SAMMED/FUSEX**. Recuperado em 24 de junho de 2023, v. 13, 2008.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: Métodos e Técnicas**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

SALOMÃO FILHO, C. **Regulação da atividade econômica**. 2. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2001.

SILVA, A. C. R. **Metodologia da pesquisa aplicada à contabilidade**: Orientações de Estudos, Projetos, Artigos, Relatórios, Monografias, Dissertações, Teses. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

SOUSA, Á. **Coefficiente de correlação de Pearson e coeficiente de correlação de Spearman**: o que medem e em que situações devem ser utilizados?. Correio dos Açores, p. 19-19, 2019.