



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Escrivão, Álvaro; Koyama, Marcos Fumio
O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de
Qualificação da Saúde Suplementar da ANS
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 4, julho-agosto, 2007, pp. 903-914
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012409>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System
Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal
Non-profit academic project, developed under the open access initiative

O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS

The relationship between hospitals and health plans organizations in the scope of ANS Health Insurance Qualification Program

Álvaro Escrivão Junior ¹
Marcos Fumio Koyama ¹

Abstract *In Brazilian health insurance sector, the fee-for-service model still remains the major payment method for health services, and predominates in the relationship between hospitals and private health insurance companies. After the creation of Health Insurance Qualification Program (HIQP), which focuses on the quality of the assistance given to consumers, the health insurance companies will be evaluated by health care performance indicators, established by this program. The present study discusses the impact of this pattern on the relationship between health insurance companies and hospitals, by analyzing data from interviews carried through with 18 health insurance managers, regarding the use - in hospital management - of performance indicators compatible to those adopted by HIQP. According to the managers perception, only three hospitals use this sort of indicators, two of them which are hospitals managed by the health insurance companies. The alignment of interests between health plans organizations and health care providers, at the HIQP proposed template, will imply changes in payment models between these market players, towards the inclusion of performance and quality of assistance given to users by providers, as components of wage determination.*

Key words *Quality, Health insurance sector, Performance, Evaluation*

Resumo *No mercado de saúde suplementar brasileiro, o modelo de remuneração fee-for-service ainda predomina nas relações entre os hospitais e as operadoras de planos de saúde. Com o advento do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS), uma ótica focada na qualidade da assistência prestada ao beneficiário, as operadoras de planos de saúde serão avaliadas conforme indicadores de desempenho assistenciais estabelecidos por esse programa. O presente estudo discute as implicações desse modelo no relacionamento entre operadoras de saúde e hospitais, a partir de consultas realizadas com dezoito gestores de operadoras a respeito do uso na gestão hospitalar de indicadores de desempenho compatíveis com os adotados pelo PQSS. Na percepção dos entrevistados, apenas três hospitais utilizam esses tipos de indicadores, sendo que dois deles são hospitais pertencentes a operadoras de saúde. O alinhamento de interesses entre a operadora e a sua rede credenciada de prestadores, nos moldes propostos pelo PQSS, implicará em modificações do modelo de remuneração entre esses players do mercado, no sentido da inclusão do desempenho e da qualidade da assistência prestada pela rede credenciada ao beneficiário como um dos componentes da valoração remunerativa.*

Palavras-chave *Qualidade, Saúde suplementar, Desempenho, Avaliação*

¹ Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde-GVsaúde. Av. 9 de julho 2029/11º andar, Bela Vista. 01313-902 São Paulo SP. alvaro.escrivao@fgv.br

Introdução

A prática médica moderna integra uma complexa cadeia envolvendo grande número de técnicos e instituições, mobiliza grande volume de recursos financeiros, tendo ao centro o hospital, e articula interesses de produtores de medicamentos e outros insumos, formadores de recursos humanos e centros de pesquisas científicas e tecnológicas.

Os custos em saúde têm tido aumento progressivo ano após ano, não somente no Brasil, como em todo o mundo. Como mostram McGuire¹, Huber² e Andrade³, o crescimento dos gastos em saúde em alguns países desenvolvidos, num painel temporal desde 1970 a 2002, tem superado largamente o crescimento do Produto Interno Bruto.

Nesse cenário, os financiadores de serviços de saúde procuram definir prioridades e organizar “racionalmente” a assistência, para usar o mínimo de recursos diagnósticos e de tratamento, garantindo a qualidade dos serviços prestados. O setor suplementar brasileiro é composto por financiadoras denominadas “Operadoras de Planos de Assistência à Saúde”, entendidas como as empresas e entidades que oferecem aos beneficiários os planos de assistência à saúde. As modalidades de operadoras de planos não-odontológicos, conforme definição da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (2006), e adotadas por outros autores^{4,5} são:

- Cooperativa médica – geralmente possui rede própria de atendimento, além da rede credenciada contratada.
- Autogestão – pode possuir rede própria de atendimento, além da rede credenciada contratada.
- Medicina de Grupo – geralmente tem rede própria, além da rede credenciada contratada.
- Filantropia – são classificadas nessa modalidade as entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica.
- Seguradora – não conta com rede própria de atendimento, apenas com rede referenciada contratada, a qual o segurado pode usar ou não, já que tem a possibilidade de reembolso de despesas.

Conforme dados da ANS de junho de 2006, o setor suplementar da saúde cobre aproximadamente um quinto da população brasileira, em torno de 43.080.541 beneficiários, assistidos por cerca de 2.095 operadoras, e movimentou, no ano de 2005, recursos anuais na ordem de 34,9 bilhões de reais. Considerando os dados do IBGE

de 2005⁶, a cobertura da assistência supletiva atinge 23,4% da população brasileira.

Não são disponíveis dados confiáveis com abrangência nacional sobre o montante da assistência hospitalar prestada a beneficiários de planos privados de saúde. Dados estimados para o ano de 2003 mostram um total de 12.327.618 internações hospitalares no Brasil, representando 7% da população⁷. Segundo a mais recente versão da Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária, o Brasil tinha 7.155 estabelecimentos com internação hospitalar em 2005; desse total, 1.511 (21,1%) não realizavam atendimento pelo SUS. Considerando apenas os estabelecimentos com internação hospitalar privados, aproximadamente 68% deles atendem ao SUS, sendo que esta percentagem atinge 81,3% na região Sul, 73,8% no Nordeste e 60,8% na Região Sudeste⁸.

O estudo de Moreira⁹ sobre a rede hospitalar no Estado de São Paulo mostra que os 981 serviços hospitalares registrados junto aos sistemas operacionalizados pelo DATASUS e pela ANS realizaram mais de 3 milhões de internações em 2002, sendo 29,8% dessas financiadas por convênios.

O presente artigo discute a questão da qualidade da assistência prestada ao beneficiário da saúde suplementar, tendo como *players* as operadoras de planos de saúde e as suas redes prestadoras de serviços e, em específico neste caso, os hospitais privados. Iniciativas no sentido de garantir a qualidade da assistência estão cada vez mais comuns neste cenário, seja por um movimento governamental, ou por entidades independentes não-governamentais, seja por pressão social ou pelos clientes corporativos que financiam os benefícios do seguro-saúde aos seus empregados, que almejam retornos concretos em face ao alto custo deste produto.

Falar em qualidade da assistência médica nos faz remeter à questão da avaliação da qualidade dos serviços prestados, por meio de medidas de desempenho com metas específicas. Em 2005, houve o lançamento do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS) da Agência Nacional da Saúde (ANS), fruto de nova perspectiva em que a saúde suplementar será avaliada como local de produção de saúde, transformando operadoras de planos em gestores de saúde, prestadores de serviços em produtores do cuidado aos beneficiários.

Se olharmos a própria organização do setor de saúde suplementar no Brasil, veremos que não houve historicamente a exigência de uma estruturação de mecanismos que assegurassem a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários.

Na década de 70, houve grande incentivo do governo ao crescimento dos prestadores privados de assistência médica, em que os prestadores privados de serviço de assistência médico-hospitalar obtinham financiamentos para expansão e incremento dos serviços, além da garantia de demanda, sendo o Estado um importante comprador de serviços de assistência médica desses prestadores privados¹⁰. Em tal ambiente, em que a sobrevivência e a viabilidade empresarial estavam, de certa forma, garantidas por mecanismos como o acima exposto, não eram priorizadas nas empresas do setor suplementar medidas para melhorar os processos e o atendimento, sendo pequena a ênfase no conjunto: qualidade, eficácia, efetividade, eficiência.

No modelo de remuneração *fee-for-service* (pagamento por serviço executado) dos prestadores de serviço de saúde, no qual o sistema suplementar brasileiro se baseia na sua essência, criam-se incentivos para a sobre-utilização dos serviços e conseqüente aumento de custos da assistência¹¹. Não há garantias, portanto, de que o custo adicional e a facilidade de acesso, sob o lastro do incentivo à utilização, resultem efetivamente numa melhor qualidade do nível de saúde da população atendida. Nesse sentido, torna-se interessante verificar as implicações da implantação do PQSS nas operadoras de planos de saúde e nos seus relacionamentos com a rede hospitalar prestadora.

Objetivos

a) Conhecer, pela ótica dos gestores de operadoras de plano de saúde, os programas de qualidade e o uso de indicadores de desempenho nos hospitais da rede de atendimento das operadoras, e discutir a relação entre esses programas, a forma de remuneração destes prestadores e o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS).

b) Discutir o relacionamento entre financiadores e prestadores de saúde, em especial os hospitais da rede credenciada ou referenciada das operadoras de saúde, no âmbito do PQSS e sob o foco da qualidade da assistência prestada ao beneficiário.

Referencial teórico

Gestão e garantia de qualidade

Entendemos que qualidade significa a ação de estabelecer um juízo ou a atribuição de um valor ao objeto avaliado que, quando positivo, significa ter qualidade¹². Na avaliação tecnológica, o objeto de estudo tem mais qualidade quanto melhor é o seu custo-efetividade. Na avaliação de um programa de saúde, o estabelecimento das metas, baseado em parâmetros, leva ao estabelecimento de uma qualidade. Mas, no conjunto “avaliação, gestão e garantia de qualidade”, esse conceito se diferencia, ao se constituir em um ponto de partida, e não de chegada, para o processo.

Certificação e acreditação em saúde

As empresas de saúde realizam programas e sistemas de avaliação de qualidade para garantir processos de prestação de serviços que atendam às expectativas dos clientes, naquilo que o cliente define como atributo de qualidade.

As certificações de qualidade obtidas pelas empresas de saúde são reconhecimentos feitos por entidades, governamentais ou não, de que o estabelecimento de saúde atingiu e atendeu certos padrões pré-estabelecidos, permitindo que este use em sua publicidade o fato da obtenção da certificação. Por outro lado, a acreditação é um processo no qual um órgão, governamental ou não, reconhece que a empresa de saúde cumpre determinados padrões e exigências, e também possui processos de aperfeiçoamentos constantes em seus resultados e estrutura¹³.

Embora haja tendência à adoção dos sistemas de avaliação externa no setor saúde, não há ainda evidência de melhoria na qualidade dos serviços prestados. Devido às discussões internas que são geradas nas empresas que adotam esses modelos, há o aprimoramento dos processos operacionais. Verifica-se também um interesse maior no setor pelas propostas de gestão e garantia da qualidade; no entanto, não houve uma efetiva institucionalização de práticas de avaliação, por serem consideradas caras e apresentarem retornos demorados^{14,15}.

A acreditação de sistemas e serviços de saúde visa estimular a melhoria contínua e sustentada dos cuidados oferecidos, por meio de um processo de avaliação objetiva baseada em padrões explícitos. Caracteriza-se por ser um sistema de avaliação externa, de caráter voluntário, periódico e reservado¹⁶. Uma das experiências mais im-

portantes de acreditação é a da “*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*” (JCAHO), implantada pelo *American College of Surgeons, American College of Physicians e American Hospitals Association*, que realiza um processo de avaliação dos hospitais, classificando-os nas seguintes categorias: “com aprovação total”, “parcial”, “condicionada” ou “rejeitada”. O conceito obtido e os sucessivos desempenhos em um sistema de monitoramento são elementos considerados na negociação de acordos financeiros, na busca de clientela e em acordos de trabalho com os profissionais da saúde¹⁷.

O *National Committee for Quality Assurance* – NCQA¹⁸ é uma organização acreditadora privada, sem fins lucrativos, que avalia os serviços oferecidos pelos planos de saúde no *managed care* americano, usando um processo de qualificação dos principais processos e sistemas que definem um plano de saúde. A acreditação da NCQA inclui avaliação de cuidados fornecidos e executados em importantes áreas como imunização infantil e assistência à mulher, transformando-se para consumidores, governo (reguladores) e gestores de planos, num “padrão ouro” em avaliação dos planos de saúde. Candidatam-se à acreditação organizações como os programas federais *Medicare* e *Medicaid*, e as empresas privadas denominadas *Managed Care Organizations* – MCO, integradas por distintos tipos de corporações: HMOs – *Health Maintenance Organization*, POS – *Point of Service*, e PPOs – *Preferred Provider Organization*. Os PPOs surgiram, na década de 1980, como alternativa aos HMOs, devido ao caráter muito restritivo em termos de acesso à assistência, em prol da redução de custos, o que resultava em insatisfações dos beneficiários^{19, 20}.

O NCQA usa informações da metodologia HEDIS – *Health Plan Employer Data and Information Set* para estabelecer especificações padronizadas, implementar normas e diretrizes relativas ao desempenho clínico, utilização de procedimentos e a satisfação dos pacientes com a assistência prestada, permitindo que consumidores analisem a qualidade dos planos de saúde e decidam considerando outras variáveis importantes além do custo.

A metodologia HEDIS é reconhecida e utilizada por mais de 90% dos planos de saúde nos Estados Unidos, medindo o desempenho do cuidado com a saúde e também a qualidade dos serviços prestados. Em termos de resultados, em março de 2006, a NCQA tinha 340 planos de saúde de MCOs acreditados, sendo que 282 organiza-

ções (83%) tinham obtido o *status* de excelência na classificação adotada por essa organização²¹.

Medidas da qualidade e indicadores em saúde

Atualmente, os indicadores são considerados essenciais nos processos de avaliação. Escrivão Junior²² refere o aumento no uso de indicadores de desempenho nos sistemas de saúde e a busca pela liderança por intermédio do *benchmarking* com o objetivo de orientar mudanças nas organizações. Cabe colocar aqui o entendimento de que os indicadores de desempenho não são medidas diretas da qualidade e sim sinalizações de alerta aos interessados para a existência de possibilidades de melhoria em processos e resultados.

Os indicadores hospitalares são utilizados para mensurar todas as facetas e todos os fatores envolvidos na assistência hospitalar, desde o conhecimento de níveis mínimos aceitáveis de instalações, equipamentos, organização administrativa, qualificações profissionais e avaliações qualitativas da assistência proporcionada, até a análise dos erros diagnósticos e eventos adversos, além da avaliação do desempenho dos programas implantados. Assim, são utilizados inúmeros indicadores para avaliar os processos e resultados, além da análise combinada com o conjunto de serviços ofertados (*service mix*) e de pacientes atendidos (*case mix*). Ressalte-se que os indicadores demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos são instrumentos importantes para gestores no estabelecimento das políticas e diretrizes das organizações de saúde.

Oferta da assistência à saúde aos beneficiários

No gerenciamento da rede credenciada, as operadoras buscam vencer os desafios para a conformação de uma rede eficaz tanto na prestação de serviços propriamente dita – local, distância, o profissional ou o serviço – quanto na qualidade – indicadores assistenciais, impacto tecnológico, indicadores de processo e de satisfação de usuários – e quantidade – densidade, concentração da clientela, distribuição geográfica dos serviços, multiplicidade, seletividade, volume e preço²³.

Forma de remuneração de serviços médicos e hospitalares

As operadoras contratam os prestadores

acordando a remuneração dos serviços médico-hospitalares executados por tabelas de honorários e procedimentos médicos. Os hospitais costumam ter suas próprias tabelas, com valores de diárias hospitalares e outras taxas conforme sua hotelaria e a complexidade de recursos (salas cirúrgicas, terapias e outros).

Com o crescente aumento dos custos assistenciais, alguns modelos de remuneração têm sido trazidos e utilizados no Brasil, com o intuito de contenção das demandas por recursos em saúde. Apresentaremos brevemente as formas de contratação da rede prestadora²⁴:

1) **Fee-for-service**: neste modelo, o prestador tem autonomia para decidir os procedimentos julgados necessários para o tratamento do beneficiário e a remuneração do prestador ocorre conforme os serviços efetuados. Este modelo preponderou até a década de 1980 no sistema privado americano e tem como característica estimular o aumento de despesas assistenciais devido ao favorecimento do uso de tecnologia - que agrega valor ao prestador - e à ausência de controle de custos por parte do prestador.

2) **Pacotes de serviços**: o prestador tem maior participação no risco e no compartilhamento do custo com a operadora contratante. Vários serviços, diárias, procedimentos e taxas podem compor um pacote com preço fixo, que geralmente é utilizado para contratar prestadores hospitalares em determinados tipos de procedimentos e prontos-socorros. A operadora tem melhor previsibilidade das despesas devido ao valor fixo e o prestador precisa ter melhor gerenciamento da assistência que presta ao beneficiário controlando os custos e utilizações envolvidas neste procedimento acordado.

3) **Capitation**: o prestador recebe um valor fixo para cada beneficiário assistido numa determinada região, pela qual passa a se responsabilizar. Todo atendimento desta população ficará a cargo do prestador que deverá gerenciar a utilização dos recursos em saúde. O risco arcado pelo prestador é maior e necessita de maior controle tanto por parte da operadora quanto do prestador⁴.

O sistema de **capitation** é utilizado pelas empresas americanas de MCO e visa à racionalização do uso de serviços médicos e hospitalares, por meio da utilização de médicos generalistas. A HMO oferece uma lista de médicos generalistas que o beneficiário deve escolher para ter atendimento, mediante um prêmio mensal. A consulta com especialista só é possível mediante encaminhamento do médico generalista. No caso do

POS, o sistema é o mesmo, mas os encaminhamentos para especialistas fora da rede de atendimento são possíveis. No PPO, qualquer uso fora da rede é possível, mas há incentivos para a utilização de prestadores da rede.

Em 2002, o consórcio IHA-**Integrated Health Association**, sem fins lucrativos, composto por representantes de várias empresas de planos de saúde americanos, lançou um projeto novo baseado em um sistema de remuneração com bonificação para rede prestadora por alcance de metas, chamado P4P (**pay for performance**). O P4P²⁵ surgiu como alternativa ao sistema do **Managed Care**, como instrumento efetivo de melhoria da qualidade da assistência, com redução de custos e erros médicos e uso intensivo de **guidelines** (protocolos) médicos. O sistema baseia-se em pagamentos de bônus por cumprimento de metas estabelecidas a partir de critérios padronizados do HEDIS da NCQA. Por enquanto, a participação é voluntária para os prestadores, mas a tendência é que mais e mais prestadores passem a aderir a esse sistema de remuneração. Em 2003, houve distribuição de bonificação na ordem de 37 milhões de dólares e, em 2004, aproximadamente 54 milhões de dólares. Atualmente, o sistema P4P atende 7 milhões de beneficiários, 215 prestadores com 45 mil médicos, na grande maioria sediados na Califórnia e no Texas, onde o modelo foi inicialmente proposto²⁶.

Recentemente, em agosto de 2006, um decreto do presidente americano, intitulado "**Promoting Quality and Efficient Health Care in Federal Government Administered or Sponsored Health Care Programs**", autoriza a adoção do P4P nos programas de saúde governamentais, incluindo entre os objetivos enunciados: "**Develop and identify, for beneficiaries, enrollees, and providers, approaches that encourage and facilitate high-quality and efficient health care... may include pay-for-performance models of reimbursement consistent with current law**".²⁷

Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS)

Em dezembro de 2005, a ANS²⁸ divulgou o seu Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS), cujos princípios defendidos são:

- A avaliação do impacto das ações de saúde na população beneficiária;
- A perspectiva de sistema;
- A avaliação de maneira sistemática e progressiva, com explicitação dos critérios utilizados para construção dos indicadores.

A análise da qualidade das operadoras será feita por meio de quatro dimensões na PQSS, cada uma das quais terá seus respectivos indicadores de monitoramento:

1. Atenção à saúde – avaliação da qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados, buscando a identificação do impacto das ações de saúde em suas condições de vida;

2. Econômico-financeira – identificação da situação econômico-financeira da operadora frente à manutenção dos contratos assumidos em acordo com a legislação vigente;

3. Estrutura e operação – identificação do modo de produção da operadora;

4. Satisfação dos beneficiários – identificação da visão do usuário no cumprimento ao estabelecido no contrato com a operadora.

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)

Especificamente na avaliação de desempenho das operadoras, as dimensões mostradas acima terão indicadores ponderados proporcionalmente pelos seguintes pesos:

- Atenção à saúde em 50%,
- Estrutura e operação em 10%,
- Econômico-financeiro em 30%,
- Satisfação do beneficiário em 10%.

Cada indicador será aglutinado em termos de número de pontos considerando as metas a serem alcançadas, resultando em um Índice de Desempenho na Saúde Suplementar (IDSS), ou seja, é calculado pela razão entre a pontuação obtida (O) e a pontuação estabelecida pela ANS (E), utilizando-se a fórmula O/E.

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

A IDSS pode ser particularizado por indicador, dimensão, operadora, conjunto de operadoras (seja considerando um critério de segmentação, modalidade ou porte da operadora).

Resultados preliminares do PQSS

A ANS divulgou, em setembro de 2006, a segunda fase do PQSS, utilizando-se de dados informados pelas operadoras em 2005. Os resultados foram divulgados ao público na forma individualizada, identificando as pontuações de cada operadora dentro de uma escala de faixa numérica. Para esta segunda fase do PQSS, houve a participação de 906 operadoras de todos os segmentos e modalidades, o que corresponde a aproximadamente 44% das operadoras ativas em 2005, e contou com 41 indicadores de desempenho. A não-participação de muitas operadoras (aproximadamente 1.108) ocorreu por não-envio dos dados ou por dados inconsistentes expurgados pela ANS.

Verificamos que o IDSS geral do segmento médico-hospitalar é de 0,551, e que as operadoras de menor porte obtiveram IDSS próximos aos das operadoras de maior porte. Em termos do valor da IDSS específico de cada dimensão no segmento médico-hospitalar, em geral, a dimensão “Satisfação do beneficiário” é a que obteve maior número, seguida da dimensão “Estrutura e operação”. A dimensão “Econômico-financeira” e, principalmente, a dimensão “Atenção à saúde”, tiveram os menores valores de IDSS²⁹.

Será prematuro afirmar ou concluir tendências com este relatório preliminar da ANS, devido à possibilidade de inconsistências dos dados das operadoras, e ainda sem o uso pleno de todos os 58 indicadores previstos na PQSS. Todavia, os dados já enviados poderão ser usados para a terceira e última fase da implantação do PQSS, permitindo a construção de um histórico de informações de forma comparativa.

Metodologia

Foram consultados gestores de operadoras de distintas modalidades, que ocupam altos cargos, garantindo um conjunto de vivência e *expertise* estratégica, além de um histórico de contato com a operação, no sentido de garantir riqueza de detalhes. A consulta procurou verificar o conhecimento dos gestores a respeito do uso de indicadores assistenciais, enfatizando aqueles constantes na dimensão “Atenção à saúde” do IDSS, como meta de resultado nos hospitais de rede credenciada ou referenciada ou até mesmo fora da rede. O meio utilizado para o envio do questionário individualizado foi a mensagem eletrônica (e-mail), fazendo-se um trabalho de estímulo e re-

forço por meio de telefonemas pré e pós-envio para melhorar a taxa de devolução do questionário respondido.

A motivação para a consulta deveu-se à constatação de que as operadoras serão avaliadas, no âmbito do PQSS, por indicadores assistenciais da dimensão “Atenção à saúde”, e cada um destes indicadores será pontuado por metas estabelecidas pela ANS. Como a operadora, em geral, é dependente da rede credenciada ou referenciada para atender seus beneficiários, se os prestadores tiverem programas de gestão da qualidade, com metas assistenciais, similares aos exigidos pela ANS das operadoras, haverá uma condição favorável na rede credenciada para cumprimento das metas da IDSS. Basicamente, como os programas e certificações de avaliação da qualidade em prestadores são realizados em hospitais, restringimos a pergunta do questionário para “hospitais”, evitando utilizar a palavra “prestadores de serviço em saúde”, pois o respondente poderia considerar os laboratórios de análises clínicas, que pouco ou nada influenciam nos processos assistenciais relacionados com os indicadores clínicos adotados pela ANS.

Um dos autores do presente estudo tem experiência no mercado de planos de saúde e um bom conhecimento sobre os principais prestadores desse segmento. A percepção desse autor foi exposta e explicada em texto, antes da exposição da pergunta do questionário, contextualizando e sensibilizando o respondente para o assunto. Pretendeu-se com essa consulta agregar à impressão pessoal do autor as percepções de gestores de planos de saúde com presença importante no mercado. O grupo selecionado foi formado por gestores de alta administração e média gerência de várias operadoras com as quais o autor tem contatos e relacionamentos; portanto, se trata de uma amostra de conveniência. Todos os entrevistados têm experiência ou gerenciavam estruturas que lidam com atividades de auditoria em saúde, ou credenciamento de prestadores de serviços em saúde. As mensagens eletrônicas (e-mails) foram enviadas individualmente para cada um dos respondentes da amostra, e os retornos, consolidados pelo autor.

O texto elaborado para a mensagem eletrônica (e-mail) continha os seguintes itens:

- 1) Apresentação – apresentação da pesquisa.
- 2) Contextualização do assunto – explicou-se brevemente sobre o PQSS da ANS.
- 3) Exposição do entendimento a ser reiterado ou refutado – apresenta-se, a seguir, os trechos mais relevantes do texto enviado:

“Recentemente, a ANS divulgou o Programa de Qualidade da Saúde Suplementar (PQSS) [...] Sabemos da existência de muitos programas de qualidade no setor da saúde, como PNQ, CQH, JCAHO, ONA, basicamente aplicados em hospitais. No entanto, na minha percepção, os hospitais não dispõem de/utilizam indicadores clínicos assistenciais, como os acima citados [...] Bastaria, por exemplo, pensar que a meta de redução da taxa de internação por Ca próstata, ou da proporção de parto cesárea, no atual contexto vigente de “fee-for-service” (pagamento por serviços executados) e de competição entre prestadores de serviço, “não faz sentido” na lógica do prestador, pois diminui sua receita. Assim, em relação à dimensão da assistência à saúde do PQSS, a minha percepção é que não há hospitais pertencentes ao setor SUPLEMENTAR (PRIVADO) que tenham iniciativas visando a avaliar o desempenho e a qualidade por meio de indicadores assistenciais similares aos acima referida.”

4) Respostas e dados do respondente – requisitaram-se a concordância ou elementos que elucidem a não-concordância. O texto relacionado foi:

“Assim, na sua empresa, você ou o gestor de credenciamento ou o gestor médico de auditoria tem conhecimento de hospitais e prestadores da saúde suplementar privada (seja pertencente à sua rede ou não), que possuem programas de qualidade em que a medida do desempenho envolve Indicadores ASSISTENCIAIS CLÍNICOS ?”

Se sim, por favor, indique NOME(s) da(s) INSTITUIÇÃO(ÕES), uma forma de contato (e-mail, telefone de pessoas envolvidas com essas iniciativas), e se trata de hospital próprio de alguma operadora de saúde (sim/não e nome de operadora). Se não, por favor confirme explicitamente o não-conhecimento.”

5) Agradecimentos – texto com contatos do autor para que o respondente possa questionar dúvidas diretamente.

A mensagem eletrônica foi enviada para deztoito gestores de operadoras de saúde, de diversas modalidades, respondendo no conjunto por aproximadamente 8.066.927 beneficiários, ou 19% dos 43.080.541 beneficiários do sistema de saúde supletivo. As operadoras que pertencem a uma mesma corporação empresarial com números de registros diferentes foram transformadas em um registro único na tabela, com número de vidas somadas³⁰. Esta consolidação ocorreu apenas com uma das operadoras presentes na amostra desta pesquisa.

Obtivemos retorno de catorze gestores (Ta-

bela 1), cujo conjunto de operadoras representa 7.130.204 beneficiários, ou 16,8% dos beneficiários do sistema supletivo. Cada uma das operadoras da amostra foi classificada por porte conforme critérios da ANS constantes do Caderno de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS de dezembro de 2005. A cada resposta negativa, finalizou-se a pesquisa referente àquela operadora respondente. Quando existiu a resposta positiva, efetuamos o contato telefônico indicado na resposta de modo a conferir as informações com o hospital citado, verificando se este é hospital próprio de uma operadora de saúde, quais indicadores clínicos e/ou epidemiológicos eram utilizados, comparando com os indicadores presentes na IDSS (dimensão “Atenção à saúde”), e se havia alguma meta estabelecida. Não havia restrição para os respondentes em relação aos hospitais citados; assim, um gestor poderia responder positivamente citando hospital próprio, de outra operadora ou mesmo um hospital fora da sua rede credenciada ou referenciada. Esta primeira parte da pesquisa transcorreu entre o período de 04/04/2006 a 04/05/2006.

Resultados e discussão

Os resultados da primeira parte da pesquisa permitem observar que, dos catorze respondentes, nove deles (64%) responderam “não” à pergunta “Têm conhecimento de hospitais e prestadores da saúde suplementar privada que possuem programas de qualidade onde a medida do desempenho envolve indicadores Assistenciais Clínicos?” (Tabela 1). Cinco entrevistados responderam “sim” (36%) e indicaram hospitais onde entenderam que havia oportunidade de investigação quanto ao uso de indicadores assistenciais como medida de desempenho da qualidade. Destas cinco indicações (Tabela 2), verificou-se que quatro hospitais pertenciam às operadoras de planos de saúde (chamados “rede própria”) e dois destes são pertencentes à mesma operadora onde trabalha o entrevistado (hospitais H1 e H5).

Em termos de atendimento a beneficiários, dos quatro hospitais de operadoras, dois deles atendem exclusivamente aos beneficiários da sua respectiva operadora (hospitais H2 e H4), não possuindo relações contratuais para atender a

Tabela 1. Descrição dos respondentes da consulta – por modalidade, cargo, rede credenciada ou referenciada, porte e tipo de hospital.

Nº	Modalidade	Cargo	Área	Rede Credenc.	Porte	Resp.	Hosp. Próprio?
Operadora 1	Seguradora	Diretor	Rede	Nacional	3	Não	
Operadora 2	Medicina de grupo	Diretor	Médica	Nacional	3	Sim	Sim
Operadora 3	Autogestão	Gerente	Médica	Nacional	3	Não	
Operadora 4	Cooperativa	Diretor	Médica	Nacional	3	Não	
Operadora 5	Seguradora	Gerente	Rede	Nacional	3	Não	
Operadora 6	Medicina de grupo	Diretor	Médica	Regional	3	Não	
Operadora 7	Autogestão	Gerente	Médica	Nacional	3	Não	
Operadora 8	Seguradora	Superint.	Médica	Nacional	3	Sim	Sim
Operadora 9	Autogestão	Superint.	Médica	Regional	2	Não	
Operadora 10	Medicina de grupo	Gerente	Médica	Nacional	2	Sim	Não
Operadora 11	Autogestão	Gerente	Rede	Regional	2	Não	
Operadora 12	Medicina de grupo	Diretor	Medica	Nacional	3	Sim	Sim
Operadora 13	Medicina de grupo	Gerente	Médica	Regional	2	Sim	Sim
Operadora 14	Seguradora	Diretor	Médica	Nacional	3	Não	

Fonte: ANS – Índice de reclamações ANS – Janeiro 2006.

Nota 1: Dados trabalhados pelo autor.

Nota 2: Número de beneficiários obtidos pelo relatório de Índice de reclamações ANS – Janeiro de 2006.

Nota 3: Rede nacional significa rede credenciada presente em vários Estados do Brasil. Rede regional significa rede atuante em somente um Estado; no caso desta pesquisa, todas as redes regionais se referem ao Estado de São Paulo.

Nota 4: O porte 1 se refere a operadoras com 1 a 9.999 beneficiários, o porte 2 se refere a 10.000 a 99.999 beneficiários, e porte 3 se refere a operadoras com mais de 100.000 beneficiários, conforme critério ANS.

Tabela 2. Hospitais indicadores pelos respondentes, conforme tipo de relação com operadora, tipo de atendimento e metas.

Nº	Hospital próprio de uma operadora?	Pertence à mesma operadora que indicou?	Hospital próprio atende outros convênios?
H 1	Sim	Sim	Sim
H 2	Não	Não	Sim
H 3	—*	—*	Não
H 4	Não	Não	Sim
H 5	Sim	Sim	Não

Nota: Dados trabalhados pelo autor.

* Não se aplica à pergunta da coluna correspondente, caso o hospital não pertença a uma operadora.

outros planos de saúde. Verificou-se o uso de indicadores assistenciais como medida de desempenho em três hospitais indicados, todos pertencentes a operadoras de planos de saúde (hospitais H1, H2 e H4), sendo que alguns indicadores eram comuns aos preconizados no IDSS da dimensão “Atenção à saúde”. O único hospital não-pertencente à operadora (hospital H3), possuía indicadores clínicos, mas não os utilizava como meta de desempenho (Tabela 2), e nenhum deles coincidiu com os indicadores do PQSS da dimensão “Atenção à saúde”.

Na dimensão “Atenção à saúde” do IDSS existem vários indicadores clínico-epidemiológicos como taxas de prematuridade, de internações por complicações no período de puerpério, de internações por transtornos maternos na gravidez, de mamografia, de internações por neoplasia maligna de colo de útero e proporção de parto cesárea, entre outros. A discussão neste tópico diz respeito ao apoio da rede credenciada ou referenciada no tocante ao alcance de metas dos indicadores preconizados pela ANS no IDSS, na situação atual do modelo de remuneração *fee-for-service* vigente no sistema de saúde suplementar, onde o prestador é bonificado ao prestar mais serviços. Como a operadora muitas vezes depende da sua rede de atendimento para efetivar seus serviços, é relevante observar o papel importante que esta rede médica terá no desempenho da operadora. Todavia, vários indicadores do IDSS como as taxas de internações (e sua meta de redução) não fazem sentido na ótica do prestador de serviços; logo, não será natural esperar que estes prestadores adotem tais indicadores como medidas de desempenho da qualidade, nem que tenham metas de redução.

Não se está dizendo aqui que os prestadores têm a intenção negativa sobre a saúde dos pacientes, mas que naturalmente este não será o foco principal. O que se verifica é que os prestadores se esforçam no aspecto da melhoria do atendimento ao paciente, com indicadores de processos e metas na esfera administrativa e, nos casos de indicadores clínicos, referem-se aos protocolos internos de tratamento adotados no hospital, por exemplo, que diferem dos indicadores clínico-epidemiológicos do IDSS. É interessante observar que, nas taxas de mortalidade, os programas de qualidade adotados pelos hospitais possam ter efeitos positivos para a operadora, mas os indicadores e suas metas serão inadequados para os prestadores que têm *expertise* e atendem sistematicamente a pacientes complexos, do mesmo modo que a operadora, ao aceitar uma carteira de beneficiários com agravos de saúde e idades avançadas, precificará no seu prêmio mensal o risco recebido, mas será avaliada de forma negativa.

Conforme observado, os hospitais que continham indicadores de desempenho similares ou equivalentes aos do IDSS eram basicamente pertencentes à categoria “hospital próprio” de operadoras de planos de saúde. Este alinhamento entre um prestador e a operadora ocorre geralmente quando a estratégia é única e está integrada a um sistema de rede própria (verticalização), com rede ambulatorial e rede hospitalar sinérgicas, atuando para a redução das taxas de internação, o aumento dos exames de *screening* (em detrimento a procedimentos intervencionistas mais tardios) e a redução da mortalidade. Numa rede de prestadores contratados, onde não há esta configuração de forma espontânea, a realidade tende a ser diversa.

O instrumento de pesquisa utilizado limitou-se a consultar gestores de operadoras a respeito do uso de indicadores assistenciais como meta de resultado nos hospitais da saúde suplementar. Existem oportunidades de pesquisa detalhando-se os indicadores hospitalares e comparando-os com indicadores da IDSS, o que não foi aqui realizado por não constituir objetivo do presente estudo.

Conclusão

Há o entendimento de que a operadora compartilha com o prestador a responsabilidade de garantir a qualidade da assistência prestada ao beneficiário, em que a operadora atua como a demandadora da qualidade técnica que o beneficiário não tem condições de exigir do prestador. Cabe bem nos preocuparmos com a questão do entendimento do beneficiário em relação ao que ele considera qualidade na assistência à saúde. Muitas percepções de satisfação do beneficiário estão ligadas à facilidade de acesso, relação com a equipe médica do prestador e amenidades – acomodação, hospitalidade, refeição, entre outros. Aspectos técnicos introduzem complicação adicional, como, por exemplo, um RX não solicitado pelo médico ortopedista por não ser necessário, mas que para o paciente era sinônimo de bom atendimento. Nestes casos, quem deveria fornecer orientações e explicações ao paciente? Não há uma definição clara na distribuição de papéis e responsabilidades nestas situações e, dependendo disso, o objeto e a forma de avaliação podem mudar. De um ponto de vista mais amplo, a participação do prestador é essencial.

Os esforços da operadora em exigir ou focar a qualificação da rede prestadora é um dos aspectos da qualidade, como por exemplo, a forma pela qual a operadora faz a gestão da rede prestadora, qualifica seus prestadores, como transmite as negativas aos beneficiários, como garante a incorporação de novas tecnologias na cobertura, entre outros. Ou seja, existem vários outros parâmetros e dimensões que podem ser considerados num processo de avaliação da qualidade de operadoras de planos de saúde, os quais são pertinentes exclusivamente à atuação da operadora, que não se encontram na PQSS mas estão presentes na metodologia do NCQA.

A satisfação do beneficiário na PQSS utiliza apenas o indicador de reclamações para entidades de defesa do consumidor, ANS e outros. Na metodologia do NCQA, esta questão é avaliada

com mais profundidade, abordando os que utilizaram e não utilizaram algum serviço, e há diferenciação da pesquisa conforme a modalidade de plano de saúde (PPO, HMO, POS, entre outros). Na nossa realidade, essa diferenciação pode ser observada entre as modalidades das operadoras e nos produtos comercializados, a qual poderia ser considerada quando a ANS realizar a pesquisa de satisfação quali-quantitativa programada para as futuras fases da PQSS.

Verificando os resultados obtidos da pesquisa de campo, caberá à operadora articular e traduzir as ações e configurações desejáveis para a obtenção dos resultados aferidos na IDSS, considerando o modelo de *fee-for-service* vigente, que não promove prioritariamente a visão preventiva e a promoção da saúde, mas sim a visão curativa e tardia da intervenção em saúde. Há uma preocupação em termos de custo assistencial, além da qualidade da assistência nas operadoras, e, se o fator preponderante fosse basicamente o custo, o sistema de *capitation* seria uma saída para redução das despesas em detrimento da qualidade da assistência. Mas, ao se pretender considerar o custo-benefício e a qualidade, será necessária uma nova abordagem. O sistema de *pay-for-performance*, que remunera e bonifica os prestadores por critérios estabelecidos de desempenho, permite um melhor alinhamento de interesses entre a operadora e o prestador contratado. Hoje, a relação entre os dois é contenciosa, muitas vezes conflitante, o que desloca as atenções para a questão econômico-financeira, em detrimento da questão da qualidade da assistência.

É preciso reconhecer a importância dos protocolos de assistência (*guidelines*), que servirão de referência para nortear o desempenho. Enquanto não há protocolos definidos, os critérios de desempenho podem acabar sendo tipicamente de teor econômico-financeiro, como, por exemplo, o indicador de custo agregado por consulta.

Conforme McKay³¹, Muskamel³² e Hannan³³, a partir de evidências nos Estados Unidos, os prestadores de serviços de saúde que tiveram melhores indicadores de *performance* conquistaram melhores remunerações, maiores margens de lucro e participação no mercado. Se for exigido da operadora o cumprimento de metas assistenciais, considerando que a rede prestadora é o braço executor das ações em saúde para operadora, a forma de negociar com esses prestadores obrigatoriamente deve passar a considerar não somente os volumes de atendimento, tabelas e condições, mas também os indicadores de *performance* assistencial do prestador na negociação.

Em relação à confiabilidade das informações fornecidas pelas operadoras para o IDSS, não há formas sistemáticas previstas para garantir a validade dos dados pela ANS no PQSS. No modelo de avaliação da NCQA, estão previstas auditorias externas para verificação da consistência dos dados do HEDIS fornecidos pelas empresas de planos de saúde, o que dá maior credibilidade do modelo perante os clientes, as operadoras e a sociedade. Conforme Lied³⁴, nos Estados Unidos, as operadoras são requisitadas para que enviem dados de efetividade clínica e outras medidas de *performance* para justificar se os recursos estão apropriadamente gastos com a assistência à saúde.

Os sistemas de medição de desempenho, como o HEDIS, têm tido evidências de que os indicadores freqüentemente não são bem reportados, justificando a realização de auditoria.

A JCAHO, NCQA e outras são entidades independentes, sem fins lucrativos, formatadas em associações, fundações, comissões e comitês constituídos por representantes da sociedade, médicos, operadoras, hospitais, governo e pacientes. Assim, os programas geridos por estas entidades têm aceitabilidade maior, por estarem mais próximos dos interesses de cada *stakeholder*. O PQSS e o TISS³⁵, por serem uma iniciativa da ANS, que representa um órgão governamental

regulador e fiscalizador do setor de saúde suplementar, podem estar distanciados em relação aos atores envolvidos, gerando assim mais resistências e baixa aderência aos programas. Já na apresentação do PQSS, a ANS deixa claro que se trata “de uma nova perspectiva no processo de regulação do setor suplementar”³⁶. Uma prática interessante e desejável é a instituição de fóruns com a participação de entidades de classe (CRM, CFM)³⁷, representantes das diversas modalidades de operadoras, prestadores de serviço e consumidores, para discussão de programas deste tipo, ainda na fase de elaboração do projeto, já que envolve mudanças no modo de operar e pensar dos atores do mercado de saúde.

Refletindo os interesses da operadora, ainda fortemente focada em custos assistenciais, o uso de indicadores assistenciais clínicos ainda é raro, sendo que a maioria utiliza os habituais indicadores de custo agregado por consulta, custo *per capita* e outros baseados na utilização de recursos em saúde. O uso de indicadores clínicos deverá aumentar gradativamente, assim que os outros fatores correlacionados com o assunto permitirem a implantação da avaliação baseada na qualidade da assistência prestada, transformando a atual forma de relacionamento entre operadora e prestador de serviços em saúde discutida neste artigo.

Colaboradores

MF Koyama e A Escrivão Junior participaram da concepção da pesquisa, análise e discussão dos resultados e redação do artigo. MF Koyama realizou as entrevistas e analisou os resultados.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Vanessa Chaer Kishima pelas sugestões criativas e a leitura atenta deste artigo.

Referências

- McGuire A, Serra V. The Cost of Care: Is There an Optimal Level of Expenditure? *Harvard International Review* 2005; 27:70-73.
- Huber M, Orosz E. Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001. *Health Care Financ Rev* 2003; 25(1):1-22.
- Andrade M, Lisboa M. Sistema privado de seguro-saúde: lições do caso americano. *EPGE Ensaios Econômicos* 2000; 382.
- Balzan MV. *O perfil dos recursos humanos do setor de faturamento e seu desempenho na auditoria de contas de serviços médico-hospitalares* [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Fundação Getúlio Vargas/EAESP; 2000.
- Antonini B. *Modelos de gestão de “auditoria médica” em organizações de saúde do Estado de São Paulo* [dissertação]. São Paulo (SP): Fundação Getúlio Vargas/EAESP; 2003.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Consulta sobre os dados de assistência à saúde e SIP. [acessado 2006 Set 30]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/dados_setor/dadosobresip.asp
7. IBGE. PNAD Saúde – Acesso e utilização de serviços de saúde. [acessado 2006 Set 20]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=370&id_pagina=1
8. IBGE. Estatísticas da Saúde Assistência Médico-Sanitária 2005. [acessado 2006 Out 30]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
9. Moreira ML. *Cobertura e utilização de serviços de saúde suplementar no Estado de São Paulo* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/Fiocruz; 2004.
10. Santos IS. *Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/Fiocruz; 2000.
11. Campos C. *Um estudo das relações entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviço* [trabalho de conclusão]. Porto Alegre (RS): Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
12. Malik AM. *Avaliação, qualidade, gestão... Para trabalhadores da área de saúde e outros interessados*. São Paulo: Ed. SENAC; 1996.
13. Roncatti VLC. *Relação entre os atributos de qualidade de um serviço de reabilitação ambulatorial e os padrões do modelo de acreditação Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organizations: a visão do cliente* [dissertação]. São Paulo (SP): EAESP/FGV; 2002.
14. Malik AM. Quem é o responsável pela qualidade na saúde. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39(2): 351-64.
15. Terra V. *Mudança organizacional e implantação de um programa de qualidade em hospital do município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo (SP): EAESP/FGV; 2000.
16. CBA (Consórcio Brasileiro de Acreditação). Definição de acreditação. [acessado 2006 Mar 30]. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/acreditacao.php>
17. Novaes HM. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública* 2000; 34(5): 547-59.
18. NCQA. The State of Health Care Quality: 2005. [acessado 2006 Mai 02]. Disponível em: <http://www.ncqa.org/Communications/Publications/ncqaannuals.htm>
19. Benko L. PPOs get turn under the microscope. *Mod Healthc* 2000; 30(23): 58.
20. Simonet D. Patient satisfaction under managed care. *Int J Health Care Qual Assur* 2005;18 (6/7): 424.
21. NCQA. What is HEDIS? [acessado 2006 Mai 02]. Disponível em: <http://www.ncqa.org/Programs/HEDIS/index.htm>
22. Escrivão Jr. A. *Uso de indicadores de saúde na gestão de hospitais públicos da região metropolitana de São Paulo*. São Paulo: FGV-EAESP; 2004. (Relatórios de pesquisa, nº 9/2.004).
23. Arantes LL. *Um estudo sobre parâmetros para a oferta de serviços de saúde: dimensionamento nos planos de assistência à saúde* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/Fiocruz; 2004.
24. Koyama MF. *Auditoria e qualidade dos planos de saúde: percepções de gestores de operadoras da cidade de São Paulo a respeito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS* [dissertação]. São Paulo (SP): EAESP/FGV; 2006.
25. NCQA. Pay for Performance Program 2006. [acessado 2006 Mai 15]. Disponível em: <http://www.ncqa.org/Programs/P4P/main.htm>
26. ACP. American College of Physicians – Pay-for-performance takes off in California. [acessado 2006 Mai 15]. Disponível em: <http://www.acponline.org/journals/news/jan05/pfp.htm>
27. USA. President's Executive Order 13410. Promoting Quality and Efficient Health Care in Federal Government Administered or Sponsored Health Care Programs [acessado 2006 Set 30]. Disponível em: www.ehealthinitiative.org/assets/documents/ExecutiveOrderEHISummaryFinal.pdf
28. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Programa de qualificação da saúde suplementar. [acessado 2006 Fev 21]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf
29. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Programa de qualificação da saúde suplementar. [acessado 2006 Fev 21]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/apresentacao_2fase.pdf
30. Bancher A. *Medicina preventiva no setor suplementar de saúde: estudo das ações e programas existentes e das motivações para sua implantação* [dissertação]. São Paulo (SP): Fundação Getúlio Vargas/EAESP; 2004.
31. McKay N, Deily M. Comparing High and Low Performing Hospitals using Risk-Adjusted Excess Mortality and Cost Inefficiency. *Health Care Manage Rev* 2005; 30(4), 347-360.
32. Muskamel DB, Mushlin AI. Quality of care information: An analysis of market share and price changes after publication of the NY State Cardiac Surgery Reports. *Med Care* 1998; 36(7): 945-954.
33. Hannan EL, Kumar D, Racz M. NY State Cardiac Surgery Reporting System: Four Years later. *Ann Thorac Surg* 1994; 58(6):1852-1857.
34. Lied T, Malsbary R. Combining HEDIS Indicators: A new approach to Measuring Plan Performance. *Health Care Financ Rev* 2002; 21(4):117-129.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS). [acessado 2006 Fev 14]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/_hotsite_tiss/f_materia_15254.htm
36. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Qualificação da Saúde Suplementar – Nova perspectiva no processo de regulação. [acessado 2006 Fev 15]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf
37. CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.614/2001. [acessado 2006 Mai 02]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2001/1614_2001.htm