

APLICAÇÃO DO MÉTODO DE ANÁLISE HIERÁRQUICA NO AUXÍLIO À DECISÃO NA ESCOLHA DE UMA OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Mirtes Nunes de Marins

Universidade Federal Fluminense
Rua Passo da Pátria, 156
Escola de Engenharia, Bloco E
Niterói/RJ
marinslima@terra.com.br

Luiz Perez Zotes

Universidade Federal Fluminense
Rua Passo da Pátria, 156
Escola de Engenharia, Bloco E
Niterói/RJ
lpzotes@gmail.com

RESUMO

Este estudo propõe identificar uma operadora de saúde suplementar satisfatória em relação aos critérios de economicidade para a Autarquia Federal. O objetivo é criar um ambiente de apoio à decisão para a área de saúde suplementar. Com abordagem no Programa de Qualidade das Operadoras de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar das 05 maiores operadoras de saúde suplementar que atuam na Capital do Estado do Rio de Janeiro. Fundamentado no Método de Análise Hierárquica (AHP) que organizou os múltiplos critérios e subcritérios de decisão em formas hierárquicas. Dentre as críticas que sofre o AHP, a reversão de ordem (rank reversal) é a mais polêmica. Com o intuito de provar a consistência e validar o estudo, foi realizada mais duas avaliações excluindo-se aleatoriamente um critério e uma alternativa.

PALAVRAS-CHAVE. Saúde Suplementar, Método AHP, Rank Reversal

ABSTRACT

This study proposes to identify a satisfactory supplemental healthcare operator in relation to the criteria of economicity to the Federal Autarchy. The goal is create a decision support environment for supplemental healthcare area. With approach in the Quality Information Program of Private Insurance Healthcare Providers from the National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans of the 05 largest private healthcare operators that work in the state capital of Rio de Janeiro. Based on the Analytic Hierarchy Process (AHP) method, which organized the multiple criteria and sub-criteria decision in hierarchical forms. Among the criticisms AHP suffers, the rank reversal is the most controversial one. In order to prove the consistency and validity of the study, were performed two additional evaluations excluding randomly a criterion and an alternative.

KEYWORDS. Supplemental Healthcare, AHP Method, Rank Reversal

1. Introdução

Segundo o Ministério da Saúde, a Saúde Pública no Brasil teve seu início em 1808, porém só em 1953 com o desdobramento do Ministério da Educação e Saúde em dois: Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura é que o Ministério da Saúde assume as atividades sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde.

Em 1988, a Constituição Federal cria o Sistema Único de Saúde (SUS) e determina ser dever do Estado garantir saúde a toda a população.

Conforme o Ministério da Saúde, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Antes da sua criação, os brasileiros viviam três situações: os que tinham plano de saúde privado; os que tinham direito à saúde pública por serem Celetista, ou seja, terem a carteira de trabalho assinada e com isso eram segurados pela previdência social; e os que não tinham nenhum direito.

A partir da sua criação, a previdência social inflou, passou a ter mais beneficiários com os mesmos contribuintes, isto é, aumentou a sua despesa sem aumentar a sua receita, fazendo com que cada vez mais a qualidade dos serviços prestados fosse deteriorada.

2. Planos de Saúde

O Ministério da Saúde relata que a origem do plano de saúde remonta ao período colonial e encontra-se na história das Santas Casas de Misericórdia, instituições Católicas que envolvem ações de caridade e filantrópicas mantendo as suas atividades até o meado do século XX.

A partir de 1930 surgem as primeiras oportunidades de explorar economicamente a assistência à saúde, mas é na década de 1960, com o início da industrialização, em especial para atender às montadoras de veículos, em Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, região do ABC Paulista, que a assistência à saúde privada ganha o status de prestadoras de serviço à classe média emergente. (BAHIA e SCHEFFER, 2010)

Para regular o setor dos planos de saúde privados o Ministério da Saúde cria, através da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ficando esta responsável pela fiscalização do cumprimento da Lei nº 9.656, editada em junho de 1998, pelos planos de saúde no Brasil. O seguro de assistência à saúde e as seguradoras ficam sob a responsabilidade da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

Para o Ministério da Saúde o maior desafio imposto pela Lei nº 9.656/98 é a regulação da cobertura em saúde e da garantia de assistência dos planos e seguros saúde. Atualmente os planos e seguros de saúde são o segundo maior sistema privado de saúde do mundo.

Na busca em solucionar o problema de assistência à saúde suplementar de seus servidores, uma Autarquia Federal, administra o próprio plano de assistência à saúde, denominado PLAM. Por vários motivos, ao longo dos anos, o número de beneficiários está caindo gradativamente e assim, conseqüentemente a receita. Neste contexto pergunta-se: Qual a melhor modalidade de assistência à saúde suplementar quanto ao critério de economicidade para o órgão público e seus servidores dependentes?

Este trabalho propõe criar um ambiente de apoio à decisão para a área de saúde suplementar, com sua abordagem no Programa de Qualidade das Operadoras de Saúde da ANS, inerente aos critérios de Atenção à Saúde, Estrutura e Desempenho, Satisfação dos Beneficiários e nas tabelas de preços aplicadas no mercado. Promovendo a comparação entre as operadoras de saúde pesquisadas, utilizando o suporte de técnicas de análise multicritério, visando identificar a melhor opção em relação ao critério de economicidade para o órgão e os seus servidores e dependentes, adotando o método AHP para análise e tomada de decisão.

3. Modalidades de Assistência de Saúde Suplementar

O que é Plano de Saúde?

Conforme Bahia e Scheffer (2010), “é um termo genérico utilizado para designar um pacote de benefícios comercializados e oferecidos por uma empresa ou seguradora”.

Os planos de saúde se diferenciam de acordo com a modalidade da contratação, a data da assinatura, a cobertura assistencial e a abrangência geográfica.

3.1 Modalidades de contratação

- Medicina de grupo - empresas formadas por grupos de médicos aliados ao empresariado paulista, são tipicamente empresas privadas lucrativas, prestadoras de serviços médico-hospitalares, onde os médicos são empregados ou credencia médicos, hospitais e serviços de diagnósticos e terapêuticos;

- Cooperativas médicas - sociedades que prestam serviços médicos aos seus associados, empresas sem fins lucrativos. Sua formação deve ter no mínimo vinte médicos cooperados;

- Seguradoras - empresas com capital nacional ou internacional, vinculadas ou não às instituições financeiras, com fins lucrativos e que deveriam trabalhar somente pelo sistema de reembolso, porém, na prática, constituem rede credenciada, atuando em igualdade com as cooperativas e medicina de grupo;

- Filantrópicas - entidades sem fins lucrativos, as Santas Casas com a comercialização de planos de saúde filantrópicos. Status obtido através do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), juntamente com as declarações de utilidade pública federal, estadual e municipal concedida pelo Ministério da Justiça e órgãos dos governos estaduais e municipais;

- Administradoras - empresas que gerenciam planos ou serviços. São contratados e financiados por outra operadora. Não possuem rede própria e nem credenciada ou serviços médico-hospitalares e não podem ter beneficiário direto;

- Autogestão ou Plano Próprio - não visa lucros. Geralmente é administrada por instituições sindicais ou por entidades jurídicas paralelas às empresas empregadoras, mas dependendo da natureza jurídica da empresa a que está vinculada podem ser uma entidade paralela, tais como caixas de assistência, entidades de previdência fechada e associações ou podem ser gerenciadas pelo departamento de recursos humanos ou de benefícios.

Segundo Albuquerque et al. (2008) a assistência à saúde suplementar, atualmente, é composta pelos planos privados e pelos planos vinculados à instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar. “Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD/IBGE de 2003, os dois segmentos detinham, respectivamente, 79,2% e 20,8% dos beneficiários de planos de saúde no Brasil”.

Em conformidade com a portaria do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) 05/2010, a assistência à saúde suplementar do servidor ativo ou inativo, seus dependentes e pensionistas dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal (SIPEC), será prestada pelo SUS e, de forma suplementar, mediante:

- I - convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão;

- II - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;

- III - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade ou

- IV - auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento.

No caso de serviço prestado diretamente, cada órgão ou entidade do SIPEC deverá editar um regulamento ou estatuto de gestão própria, desde que observadas as normas previstas na portaria, ressalvado os casos previstos em lei específica. Para a celebração de convênios com operadoras de plano de assistência à saúde organizadas na modalidade de autogestão somente é cabível entre o órgão e a entidade por ele patrocinada.

Um levantamento de dados da ANS, em 2009, constatou que os planos e seguros de saúde no Brasil giravam em torno de 1223 empresas formadas por 497 de medicina em grupo, 343 cooperativas, 13 seguradoras, 251 de autogestões, 97 filantrópicas e 22 administradoras.

O estudo revela ainda, que a maioria das empresas é com fins lucrativos e que cerca de 70% do setor é composto pelas empresas de medicina em grupo, as cooperativas e seguradoras. (BAHIA e SCHEFFER, 2010)

As seguradoras são a modalidade mais recente no mercado de assistência à saúde, comercializando dois tipos de seguro saúde: o Seguro de Saúde, que é pouco comercializado e o Seguro de Assistência Médica e/ou Hospitalar, que é o principal produto de venda no mercado brasileiro. (MENICUCCI, 2007)

Segundo Malta et al. (2004), as modalidades estão distribuídas no mercado da seguinte forma: a medicina de grupo conta com 40% dos beneficiários, as seguradoras tem a participação de 16% dos beneficiários, as cooperativas possuem 25% dos beneficiários e a autogestão elenca cerca de 300 empresas e aproximadamente 4,7 milhões de beneficiários.

3.2 Tipos de contrato

Em conformidade com a legislação, os planos e seguros de saúde são apresentados com dois tipos de contratos: o Individual ou Familiar é assinado entre o indivíduo e a operadora para o próprio titular, para um familiar ou para titular e seus dependentes e o Coletivo que é firmado entre pessoas jurídicas e a operadora. É destinado a grupos determinados e fechados de indivíduos ativos e inativos ou de sindicalizados ou associados da pessoa jurídica contratante, incluindo dependentes ou não. As modalidades de planos coletivos são:

- Empresarial - patrocinado pelo empregador e o empregado se torna automaticamente em beneficiário, onde a mensalidade pode ser totalmente paga pela empresa contratante ou com um percentual descontado em folha de pagamento do empregado.

- Por adesão - normalmente o contratante é uma associação ou sindicato e a adesão do beneficiário é opcional com a mensalidade paga integralmente pelo usuário à operadora.

Segundo Leal e Matos (2009), “a contratação coletiva em geral está relacionada ao mercado de trabalho pelo fato de ser o segmento no qual os contratantes são pessoas jurídicas, diferentemente do mercado individual, no qual os contratantes são pessoas físicas”.

3.3 Coberturas assistenciais

Trata-se dos direitos adquiridos pelo beneficiário com a assinatura do contrato com a operadora, tais como tratamentos, serviços e procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos.

Após a sanção da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, os planos e seguros de saúde passaram a ter definidas as coberturas obrigatórias para os contratos novos. Desde então, os planos ficaram segmentados em assim definidos pela ANS:

- Ambulatorial - cobertura de consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, exames diagnósticos, tratamentos terapêuticos e procedimentos ambulatoriais;

- Hospitalar - cobertura de internações hospitalares e em centros de terapia intensiva, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos, honorários médicos, serviços de enfermagem, alimentação, despesas do acompanhante, exames complementares para o controle da doença e elucidação diagnóstica, remoção do paciente para outro hospital, medicamentos, anestésicos e sessões de quimioterapia e radioterapia;

- Obstetrícia - cobertura do pré-natal, do parto e da assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário ou do seu dependente durante os primeiros trinta dias após o parto. Inclui a isenção do período de carência do recém-nascido, desde que seja efetuada a associação no prazo máximo de trinta dias após o nascimento ou adoção;

- Odontológico - cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, procedimentos preventivos, endodontia e pequenas cirurgias orais, realizadas em consultório e sem anestesia geral;

- Plano Referência - é a modalidade mais ampla do plano e seguro de saúde que garante assistência médico-hospitalar e obstétrica para todos os procedimentos clínicos,

cirúrgicos, urgências e emergências em todo território brasileiro, com a internação em enfermaria. (OLIVEIRA, 2008, BAHIA e SCHEFFER, 2010)

3.4 Segmentações assistenciais

É possível o beneficiário contratar um ou mais tipo de cobertura e combiná-los entre si. Além disso, há planos com coberturas superiores ao ‘Plano Referência’, no qual procedimentos cirúrgicos de estética também estão incluídos.

Segundo Oliveira (2008), “de acordo com a legislação, uma operadora de planos e seguros de saúde pode oferecer diversos tipos de cobertura, sendo obrigatório o ‘Plano Referência’ e facultada a oferta das segmentações apresentadas a seguir: Ambulatorial, Hospitalar com obstetrícia, Hospitalar sem obstetrícia, Odontológico, Referência, Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial, Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial, Ambulatorial + Odontológico, Hospitalar com obstetrícia + Odontológico, Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico, Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico, Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico”.

3.5 Tipos de acomodações na internação

- Quarto - o beneficiário fica em quarto individual ou
- Enfermaria - o beneficiário divide o quarto com dois ou mais pacientes.

Um fator importante na hora da decisão pelo tipo de cobertura a contratar implica na cobrança da coparticipação ou não do beneficiário em determinado procedimento.

Segundo Salvalaio e Souza (2009), “a rede própria de atendimento é interessante tanto para o beneficiário, que dispõe de rede exclusiva para seu atendimento, quanto para a operadora, que visualiza os custos em sua fonte de origem, podendo controlá-los diretamente”.

Para Bahia e Scheffer (2010), “o Brasil padece da mesma dificuldade dos sistemas de saúde contemporâneos, de equilibrar a equação que expõe gastos crescentes, devido aos custos elevados dos serviços e à evolução tecnológica, mudanças dos perfis epidemiológicos e demográficos com perspectivas de prolongamento e melhoria da qualidade de vida, e consequentemente crescimento de demandas e necessidade de atenção à saúde”.

4. Fundamentos da Análise Multicritério

Para Andrade (2002), “a qualidade dos serviços é estabelecida pelas diferenças entre o serviço desejado, o serviço percebido e o serviço prestado, em relação a um universo de características consideráveis no atendimento ao cliente. Estas diferenças nas visões do serviço constituem determinantes da qualidade, onde reunidos em conjunto, formam e representam multicritérios de qualidade para a melhoria dos processos de atendimento e satisfação do cliente”.

Segundo Corrêa (2004), “sempre que nos deparamos com uma situação em que, para seguirmos em frente, diferentes alternativas são apresentadas, estamos diante de um problema que exige uma tomada de decisão. A forma mais primitiva de tomada de decisões está baseada no uso da intuição ou instinto. Este comportamento intuitivo, por sinal, não é exclusividade dos seres humanos, podendo facilmente ser identificado na natureza em seres irracionais”.

Corrêa (2004) complementa que, “tratar o processo de tomada de decisão de forma racional, analisando detalhadamente todas as alternativas e suas consequências com a intenção de eliminar ou ao menos reduzir o grau de subjetividade do processo é uma forma de se buscar ampliar a probabilidade de que a alternativa escolhida seja a mais apropriada para o problema apresentado”.

Conforme Cruz (2007), “devido à globalização e à forte concorrência encontrada na nossa sociedade, as organizações estão buscando cada vez mais ferramentas mais eficientes para ajudar os gestores a tomar suas decisões. Com isso, as ferramentas precisam ser desenvolvidas para tratar de problemas complexos de uma maneira bem simples, ou seja, deve auxiliar os

decisores sem que estes tenham que gastar muito tempo e dinheiro para utilizá-lo”.

Com os avanços tecnológicos a criação de sistemas especializados em apoio à decisão vem transformando o comportamento de empresas, incorporando tanto dinamismo quanto profissionalismo, os quais passaram a ser cada vez mais adotados pelas grandes organizações, tornando-as cada vez mais eficientes, eficazes e flexíveis para tomada de decisão. (OLIVEIRA, 2008)

Conforme Moreira (2006), “busca-se uma alternativa que atenda positivamente a todos os múltiplos critérios. Mas o decisor se depara com critérios conflitantes, impeditivo que haja este alinhamento positivo para todos os problemas. Qualidade e preço são exemplos de critérios que são usualmente conflitantes”.

Segundo Oliveira (2008), “o Auxílio Multicritério à Decisão (AMD) trabalha com a análise de problemas semiestruturados ou não estruturados, que envolvem múltiplos critérios de avaliação, múltiplos objetivos e ambos”.

O método selecionado para esse estudo foi o Analytic Hierarchy Process (AHP), baseado em seu fundamento, que é decompor e sintetizar as relações entre os critérios até alcançar a priorização das alternativas.

Conforme Motta Júnior (2007), “o AHP foi proposto por Saaty no início dos anos 70, e pode ser classificado como um dos mais conhecidos e utilizados métodos de AMD. Tratando-se de uma ferramenta poderosa para utilização em diversas áreas no auxílio à tomada de decisão”.

A utilização do AHP, importante ferramenta de auxílio à decisão, possibilita o reconhecimento e tratamento da subjetividade no processo decisório. (COSTA, 2006)

Segundo Costa (2006), “no AHP os resultados são apresentados sob a forma de prioridades. Isto permite que se possa avaliar o quanto uma alternativa é superior à outra, de um ponto de vista global”.

Segundo Andrade (2002), “o método de Análise Hierárquica de Processo demonstra o desmembramento de um problema em níveis hierárquicos, determinando de maneira objetiva, através de elementos que levam a uma tomada de decisão, um resultado único para cada alternativa, priorizando-a e classificando-a no final”.

O AHP, explica Costa (2006), “pode ser classificado como um dos mais reconhecido e utilizado método de AMD”.

Segundo Macedo e Corrar (2010), pesquisas mostram que ferramentas multicritério, tais como a AHP, respondem ao objetivo de criar um único indicador a partir de uma série de indicadores de naturezas distintas, combinando diversos tipos de informações no intuito de hierarquizar o desempenho de um conjunto de empresas. O método AHP se configura numa sistemática lógica que consegue capturar a complexidade de uma análise baseada em múltiplos critérios/atributos.

Para a viabilização desse estudo será aplicado o método de AMD, especificamente o AHP, hierarquizando os serviços prestados pelas operadoras de planos ou seguros de saúde, auxiliando aos servidores e ao órgão na decisão da melhor modalidade de assistência à saúde suplementar.

5. Aplicando a Metodologia

Os elementos que mais se destacam no processo decisório do AHP, segundo Costa (2006) são:

- Foco principal - é o objetivo central, isto é: é a sua tomada de decisão. A definição clara do objeto é de fundamental importância para uma modelagem eficaz e eficiente.
- Conjunto de alternativas viáveis - são as várias possibilidades de escolha ou de decisão de um determinado produto, serviço, investimento e etc.
- Conjunto de critérios - são as propriedades, atributos, quesitos ou pontos de vista à luz do que se quer avaliar no desempenho das alternativas.

Segundo Costa (2006), “independente da abordagem escolhida para a modelagem, em qualquer processo de decisão a figura central é o decisor, que é a pessoa, ou grupos de pessoas, a quem cabe exercer as tarefas de escolher e preferir”.

Este presente trabalho propõe avaliar as 05 operadoras de saúde suplementar que prestam serviço no Estado do Rio de Janeiro que estejam com os melhores Índices de Desempenho na Saúde Suplementar (IDSS) no Programa de Qualificação de Operadoras da ANS, calculado a partir de indicadores definidos pela própria Agência.

Cada critério possui um peso na formação da pontuação final da operadora, atribuído pela ANS, sendo 50% Atenção à Saúde, 30% Econômico-Financeiro, 10% Estrutura e Desempenho e 10% Satisfação do Beneficiário. Dessa forma, ao final da avaliação, a operadora recebe uma nota que pode se encaixar em uma das seguintes faixas de notas de avaliação: 0,00 a 0,19; 0,20 a 0,39; 0,40 a 0,59; 0,60 a 0,79; 0,80 a 1,00, sendo que a faixa de 0,80 a 1,00 indica melhor desempenho. Ressalta-se que somente são avaliadas as operadoras com registro ativo na ANS.

Segundo a ANS, a avaliação da qualidade das operadoras é feita por meio de quatro dimensões, quais sejam:

I. Qualidade da Atenção à Saúde – avalia a qualidade da atenção, buscando avaliar as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados de saúde.

Os critérios utilizados, quanto à Qualidade da Atenção à Saúde, foram aqueles voltados para a avaliação dos aspectos relativos à prevenção em saúde, à atenção ambulatorial, hospitalar e impacto na mortalidade dos beneficiários dos planos de saúde. Além disso, propõe-se focalizar a atenção em importantes áreas de atenção e linhas de cuidado em saúde.

II. Qualidade de Estrutura e Desempenho – avalia a capacidade das operadoras de oferecerem uma rede assistencial suficiente e adequada aos requisitos exigidos e de cumprirem suas obrigações técnicas e cadastrais junto à ANS.

Quanto à Qualidade de Estrutura e Desempenho, os critérios foram formulados a partir de três grandes panoramas:

1) Beneficiários - Os critérios integram a proposta de considerar os indivíduos, inserindo variáveis referentes ao município de residência dos beneficiários e as informações que possibilitam uma adequada identificação dos mesmos, incluindo dados dos planos aos quais estão vinculados;

2) Estrutura da rede assistencial em relação à localização dos Beneficiários - buscou-se avaliar o grau com que alguns dos serviços e prestadores hospitalares e odontológicos estão dispersos em relação à localização dos beneficiários, considerando-se que tal dispersão pode influenciar na qualidade da atenção aos beneficiários, caso comprometa a acessibilidade dos beneficiários à rede disponível aos mesmos;

3) Disponibilidade de dados da operadora em sistemas de informações da ANS - Importância vital para o alcance do sinergismo desejado em direção à qualidade, a frequência e atendimento dos prazos no envio dos sistemas de informação da ANS.

III. Satisfação dos Beneficiários - avalia se os contratantes de planos privados de saúde têm suas necessidades e expectativas atendidas pelas operadoras, nas ações e serviços de saúde prestados – conforme estabelecido pela legislação e pelas cláusulas contratuais.

Como ainda não se dispõe de dados que meçam diretamente a satisfação do beneficiário, são usadas duas formas indiretas de abordagem, baseadas na aferição de situações associadas à insatisfação do mesmo:

1ª Forma - É dada pela aferição de sanções pecuniárias que já foram analisadas e julgadas em primeira instância pela Diretoria de Fiscalização da ANS, com a oportunidade de defesa por parte da operadora. Esse indicador busca medir a frequência e a gravidade das infrações cometidas pelas operadoras a partir de denúncias ou queixas dos beneficiários à ANS.

2ª Forma - É dada pela análise do tempo de duração do contrato do plano de saúde. Essa apreciação do tempo é realizada através da análise de dois tipos de estudo, que geram informações complementares a respeito dessa complexa variável, em um horizonte de tempo máximo definido como 36 meses. Assim, um indicador mede a relação entre o tempo de permanência de uma coorte de beneficiários em suas operadoras e o tempo máximo possível para esse grupo em um período de 36 meses. Dessa forma, ele informa a fração do tempo máximo possível de vínculo a uma operadora, utilizada pela coorte de beneficiários no período estudado. Outro indicador mede a proporção de beneficiários que ingressaram nos dois anos anteriores ao ano avaliado pelo Programa de Qualificação e desistiram do vínculo com a operadora no primeiro ano do contrato. Dessa forma, indica a fração de beneficiários novos que permaneceu por menos de um ano após ingresso na operadora.

IV. Qualidade Econômico-Financeira – avalia a situação econômico-financeira da empresa e sua capacidade de custear o conjunto das ações e serviços de saúde necessários para uma atenção integral e contínua, conforme os contratos assumidos.

O controle econômico-financeiro tem seu espaço garantido em quaisquer mercados regulados, inclusive na saúde suplementar. Nesse caso, existem alguns agravantes da importância desse acompanhamento. As operadoras de planos de saúde lidam com um bem meritório: a saúde dos beneficiários, que em hipótese alguma pode sofrer quaisquer tipos de descontinuidade sob pena de dano irreversível ao usuário desse serviço. Além disso, essas empresas estão sob constante ameaça de incertezas relacionadas ao negócio, levando, então, à necessidade de constituição das chamadas provisões técnicas.

Os critérios utilizados para o adequado controle econômico-financeiro das operadoras estão divididos em três tipos:

- 1) Liquidez - Constitui-se em instrumento de aferição da capacidade da operadora em honrar seus compromissos de curto prazo;
- 2) Estrutura de capital - Através do patrimônio líquido, indica o volume dos recursos próprios da empresa;
- 3) Garantias financeiras – É um indicador importante para a saúde financeira da operadora.

As quatro dimensões são avaliadas por meio de indicadores que devem apresentar características, tais como validade, confiabilidade, viabilidade e relevância. Tais indicadores devem aferir:

- A qualidade da atenção à saúde oferecida pelas operadoras por meio dos planos privados de saúde;
- O desempenho econômico-financeiro dos planos privados de saúde;
- A estrutura e a operação dos planos privados de saúde;
- A satisfação dos beneficiários quanto aos serviços contratados e prestados.

A amostra deve contar com as operadoras de saúde que possuem as seguintes características: abrangência nacional, com contrato coletivo empresarial, cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia em quarto individual. Tais características já contemplam o serviço prestado pelo PLAM, excetuando a abrangência nacional, motivo de muitas solicitações de inclusão no plano pelos beneficiários.

Os critérios acima definidos foram selecionados para esse trabalho através de brainstorme entre os 7 gestores do PLAM, com base nas reclamações recorrentes dos seus beneficiários e considerando, principalmente, todos os critérios essenciais para um atendimento de excelência. Observado que os critérios Atenção à Saúde e Econômico-financeiro estavam com a pontuação equilibrada entre todas as operadoras, optou-se por excluir o critério Econômico-financeiro por ter percentual menor do que o critério Atenção à Saúde.

Com base nas informações obtidas através do site da ANS e das corretoras de operadoras de saúde, foi possível extrair os critérios sob os quais as operadoras de saúde foram classificadas: Atenção à Saúde, Estrutura e Desempenho, Satisfação dos Beneficiários e Custo da Média por Faixa Etária.

Então, atendendo-se aos critérios e características propostos nesse estudo chegou-se às seguintes alternativas: Sul América Saúde, Bradesco Saúde S.A., UNIMED-Rio; Golden Cross e AMIL.

Quadro 1: Programa de Qualificação das Operadoras pela ANS – 2010

CRITÉRIO / OPERADORA	Sul América	Bradesco	Unimed-Rio	Golden Cross	Amil
Atenção à Saúde	0,80 e 1,00	0,80 e 1,00	0,80 e 1,00	0,80 e 1,00	0,80 e 1,00
Estrutura e Desempenho	0,80 e 1,00	0,60 e 0,79	0,80 e 1,00	0,80 e 1,00	0,80 e 1,00
Satisfação dos Beneficiários	0,60 e 0,79	0,40 e 0,59	0,40 e 0,59	0,60 e 0,79	0,60 e 0,79
Econômico-Financeiro	0,60 e 0,79	0,60 e 0,79	0,60 e 0,79	0,60 e 0,79	0,60 e 0,79
Média da Tabela de Preços	198,85	248,51	245,02	194,41	188,00

Fonte: Agência Nacional de Saúde (2012)

O processo foi suportado pela aplicação do software IPÊ, sistema computacional desenvolvido pelo professor Helder Gomes Costa, que possibilita a progressão e implementação do algoritmo em modelos de auxílio multicritério à decisão, fundamentados no Método de Análise Hierárquica (AHP), conforme os critérios e as alternativas anteriormente.

6. Resultado

Primeiramente, é criada a matriz de comparação paritária, formada pela combinação dos critérios já pré definidos, imputando um valor de importância para cada combinação com base nos valores da tabela 1, denominada Escala de Conversão.

A Escala de Conversão possibilita transformar os valores subjetivos em valores ordinais. A escala numérica é composta por valores de 1 a 9, onde os valores 2, 4, 6 e 8 são associados aos julgamentos intermediários.

Tabela 1 – Escala de Conversão

Escala Verbal	Escala Numérica
Preferência (importância) igual	1
Entre igual e fraca (o)	2
Preferência (importância) fraca (o)	3
Entre fraca (o) e moderada (o)	4
Preferência (importância) moderada (o)	5
Entre moderada (o) e forte	6
Preferência (importância) forte	7
Entre forte e absoluta (o)	8
Preferência (importância) absoluta (o)	9

Fonte: Adaptado de Costa, 2002

Os critérios são julgados, e, após o julgamento, obtém-se a prioridade relativa de cada critério, dividindo-se o resultado de cada célula pelo total da coluna onde está localizada a célula na tabela 2.

Tabela 2 – Matriz de comparação paritária dos Planos e Seguros de Saúde Suplementar

Crítérios	Atenção à Saúde	Estrt. e Desemp.	Satisfação Benef.	Média F. Etária
Atenção à Saúde	1	5	3	1
Estrt. e Desemp.	1/5	1	1/5	1/9
Satisfação Benef.	1/3	5	1	1
Média F. Etária	1	9	1	1
TOTAIS	2,533	20,000	5,200	3,111

Fonte: Adaptado de Motta Junior, 2007

A prioridade relativa então é obtida somando-se a linha de cada critério e dividindo-a pelo número de critérios. O resultado é apresentado na tabela 3.

Tabela 3 – Prioridade Relativa dos Planos e Seguros de Saúde Suplementar

Crítérios	Atenção à Saúde	Estrutura e Desempenho	Satisfação Beneficiário	Média p/Faixa Etária	Prioridade Relativa
Atenção à Saúde	0,395	0,250	0,577	0,321	0,386
Estr. e Desemp.	0,079	0,050	0,038	0,036	0,051
Satisfação Benef.	0,131	0,250	0,192	0,321	0,224
Média F. Etária	0,395	0,450	0,192	0,321	0,340
TOTAIS	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

Fonte: Adaptado de Motta Júnior, 2007

O cálculo das prioridades média local nos informa que o critério Atenção à Saúde é fortemente preferível aos demais critérios, indicando que contém 38,6% do valor total.

Desta forma, a prioridade de cada critério fica assim estabelecida:

- 38,6% Atenção à Saúde
- 34,0% Média por Faixa Etária
- 22,4% Satisfação dos Beneficiários
- 5,1% Estrutura e Desempenho

O próximo passo é mensurar a intensidade ou grau da inconsistência em uma matriz de julgamentos paritários, que segundo Costa (2002) “é avaliar o quanto o maior autovalor desta matriz se afasta da ordem da matriz”.

O julgamento inconsistente de uma matriz de julgamento paritário é calculado multiplicando-se os valores encontrados para cada critério na tabela 03 pelos valores encontrados nas células das colunas de cada critério da tabela 02.

A equação para o cálculo do Índice de Consistência (IC) é:

$$IC = (\lambda_{\text{máx}} - N) / (N - 1)$$

Onde:

IC = Índice de Consistência

N = Número de critérios

$\lambda_{\text{máx}}$ = Maior autovalor da matriz de julgamentos paritários

Segundo Costa (2002), o cálculo de $\lambda_{\text{máx}}$ envolve várias operações e procedimentos

algébricos com matrizes, mas particularmente para as matrizes de julgamentos de valores, “Saaty (2000) apresenta uma metodologia alternativa que permite o cálculo aproximado de $\lambda_{\text{máx}}$.”

O vetor de prioridades encontrado para o critério Planos e Seguros de Saúde é:

$$P_{\text{PSS}} = (0,386; 0,051; 0,224; 0,340)$$

É necessário calcular também o vetor de prioridades auxiliar \underline{P} , que é o resultado da soma das linhas de \underline{A} dividido pela interseção de cada critério:

$$\underline{P}_{\text{auxiliar}} = (4,282; 4,137; 4,232; 4,144)$$

Onde:

$\lambda_{\text{máx}}$ = a soma dos elementos em $\underline{P}_{\text{auxiliar}}$, divididos pelo número de critérios.

$$\lambda_{\text{máx}} = 4,199$$

$$\text{Então: IC} = (\lambda_{\text{máx}} - N)/(N - 1)$$

$$\text{IC} = 0,066$$

Para avaliar a inconsistência em função do número de critérios, é preciso calcular a Razão de Consistência (RC).

O resultado deve ser $< 0,1$, caso contrário deve-se rever o julgamento.

A equação da Razão de Consistência é:

$$\text{RC} = \text{IC}/\text{IR}$$

Onde, IR, segundo Costa (2002) “é um índice consistência obtido para uma matriz recíproca, com elementos não-negativos e gerada de forma randômica.”

$$\text{Finalizando: RC} = \text{IC}/\text{IR}$$

$$\text{RC} = 0,073$$

Valores dentro dos padrões, pois $\text{RC} < 0,1$

O próximo passo é executar todo processo acima com cada um dos critérios: Atenção à Saúde, Estrutura e Desempenho, Satisfação dos Beneficiários e a Média da Faixa Etária, em combinação com as alternativas, que nesse caso, são as operadoras de planos ou seguros de saúde suplementar selecionadas através da classificação do Programa de Qualificação da ANS. Em conformidade com o índice de desempenho apresentado nos quadros de avaliação das operadoras de saúde no programa da ANS, imputaremos um valor de importância para cada combinação com base nos valores da Escala de Conversão, ver tabela 02.

O resultado parcial obtido foi:

- Atenção à Saúde todas as operadoras estão com a mesma qualificação, isto é, cada uma contém 20% do valor total;
- Estrutura e Desempenho a operadora Bradesco é a única com a baixa qualificação, contém apenas 7,7% do valor total;
- Satisfação dos Beneficiários as operadoras Bradesco e Unimed apresentam baixa qualificação, cada uma contém 9,1% do valor total;
- Média da Faixa Etária a operadora Amil apresenta a melhor qualificação, isto é, contém 50,3% do valor total.

O último passo decisor é o cálculo do vetor de Prioridades Global (PG), que segundo Costa (2002), “armazena a prioridade associada a cada alternativa em relação ao foco principal ou objetivo global.”

$$\text{Calculando PG: PG} = (\text{PG}_{A1}; \text{PG}_{A2}; \text{PG}_{A3}; \text{PG}_{A4}; \text{PG}_{A5})$$

$$\text{Onde: PG}_A = (P_{\text{PSS}} \times P_{\text{AS}} + P_{\text{PSS}} \times P_{\text{ED}} + P_{\text{PSS}} \times P_{\text{SB}} + P_{\text{PSS}} \times P_{\text{MFE}})$$

As alternativas ficaram assim classificadas:

32,1%	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S. A.
23,8%	GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA
19,6%	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A
13,2%	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RJ
11,3%	BRADERCO SAÚDE S/A

Observa-se que a operadora de saúde Amil Assistência Médica Internacional S. A., nesse trabalho, é a que melhor atende às necessidades dos beneficiários e seus dependentes.

6.1 A reversão de ordem (Rank Reversal)

A reversão de ordem é uma das críticas mais citada e polêmica dentre alguns problemas e limitações que se apresentam quando o Método da Análise Hierárquica é aplicado para a avaliação que envolvem complexidade e subjetividade, isto é: a alteração das alternativas dominantes em função da inclusão ou exclusão de alternativas irrelevantes leva à diferentes resultados.

Objetivando provar a consistência e validade do estudo foram realizadas mais duas avaliações:

A primeira avaliação excluiu-se aleatoriamente o critério Estrutura e Desempenho.

O resultado apresentado, mostra que a operadora AMIL manteve a melhor classificação:

26,8%	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S. A.
22,3%	GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA
19,9%	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A
15,8%	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RJ
15,2%	BRADERCO SAÚDE S/A

A segunda avaliação excluiu-se aleatoriamente a alternativa Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico do RJ.

Mais uma vez, conforme figura 28, a AMIL se manteve na liderança:

35,9%	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S. A.
28,6%	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A
18,5%	GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA
17,0%	BRADERCO SAÚDE S/A

Com a exclusão da UNIMED-RIO, houve uma distribuição de pontos entre as operadoras e isso inverteu a classificação entre a Golden Cross e Sul América, porém sem comprometer o posicionamento da AMIL.

7. Conclusão

Por ser um problema mundial, a saúde pública e privada possui uma gama enorme de publicações. Abordando temas relevantes como a qualidade da saúde no Brasil, nos Estados Unidos e União Européia, a regulação da assistência à saúde suplementar, a acreditação e certificação no Brasil, etc. contribuindo para a pesquisa e o entendimento de todo processo da saúde no Brasil.

Neste trabalho foram aplicados os conceitos do Auxílio Multicritério à Decisão quanto à questão da escolha de uma Operadora de Saúde Suplementar para os servidores do órgão

público e seus dependentes, com os objetivos da economicidade e tranquilidade nos quesitos saúde e bem-estar.

Após extenuantes estudos das Operadoras de Saúde Suplementar, conclui-se que os objetivos foram alcançados, pois foi possível identificar a AMIL como a melhor operadora em termos de Atenção à Saúde, Estrutura e Desempenho, Satisfação dos Beneficiários e Tabela de Preços no plano coletivo.

É justamente a Tabela de Preços o maior diferencial entre as operadoras, já que todas estavam muito bem equilibradas nos demais critérios e, neste estudo, o critério mais relevante é o da economicidade para o órgão público, sem prejuízo da qualidade dos serviços de saúde para os seus servidores e dependentes.

Ressalta-se que para provar a consistência e validade do estudo foram realizadas mais duas avaliações, excluindo-se aleatoriamente, no primeiro momento um critério e no segundo momento uma alternativa, de modo a impedir uma das críticas mais citada e polêmica no AHP, a reversão de ordem (rank reversal).

Referências Bibliográficas

Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 08 jan. 2012.

Brasil, Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 jun. 1998. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em: 08 jan. 2012.

Brasil, Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm. Acesso em: 08 jan. 2012.

Brasil, Portaria Normativa nº 05, de 13 de outubro de 2010, MPOG. Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 out. 2010. Disponível em:

http://www.adur-j.org.br/4poli/gruposadur/gtpe/portaria_normativa_n5_11_10_10.htm. Acesso em: 08 jan. 2012.

Albuquerque, C. et al., A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, setembro/outubro 2008.

Andrade, V. M., *Qualidade nos serviços: um estudo de caso de atendimento ao cliente em lojas de departamentos*. 2002. 138f. Dissertação (Mestrado em Sistemas de Gestão) Escola de Engenharia de Produção, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2002.

Bahia, L. e Scheffer, M., *Planos e seguros de saúde*. São Paulo: Editora UNESP, 2010.

Corrêa, P. S., *Metodologia de análise hierárquica (AHP) aplicada à avaliação pós-ocupação (APO)*. 2004. 98f. Dissertação (Mestrado em Sistemas de Gestão) Escola de Engenharia de Produção, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2004.

Costa, H. G., *Introdução ao método de análise hierárquica: análise multicritério no auxílio à decisão*. Niterói: Biblioteca de Engenharia e Instituto de Computação da Universidade Federal Fluminense - UFF, 2002.

_____. *Auxílio multicritério à decisão - Método AHP*. Rio de Janeiro: Abepro, 2006.

Cruz, R. M., *Análise multicritério aplicada à modelagem da decisão de compra de petróleo*. 2007. 109f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Escola de Engenharia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

Leal, R. M. e Matos, J. B. B., Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 447-458, outubro/dezembro 2009.

Macedo, M. A. S. e Corrar, L. J., Análise do desempenho contábil-financeiro de seguradoras no Brasil no ano de 2007: um estudo apoiado em análise hierárquica (AHP). *Revista Contabilidade Vista & Revista*, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 135-165, julho/setembro 2010.

Malta, D. C. et al., Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, abril/junho 2004.

Menicucci, T. M. G., *Público e privado na política de assistência a saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

Moreira, W. F., *Utilização de método de auxílio multicritério à decisão na escolha de fornecedores de componentes estratégicos*. 2006. 85f. Dissertação (Mestrado em Sistemas de Gestão) Escola de Engenharia de Produção, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

Motta Júnior, N., *Contribuição para uma avaliação segmentada de turmas de graduação: um estudo de caso*. 2007. 56f. Dissertação (Mestrado em Sistemas de Gestão) Escola de Engenharia de Produção, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

Oliveira, R. A. F., *Um ambiente de apoio à decisão para área de saúde*. 2008. 110f. Dissertação (Mestrado em Computação Aplicada) Centro de Ciência e Tecnologia, Centro Federal de Educação Tecnológica do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

Saaty, T. L., *Theory and applications of the Analytic Network Process: Decision making with benefits, opportunities, costs, and risks*. Pittsburgh, USA: RWS, 2005.

Salvalaio, D. e Souza, M. A., Custos na rede própria de operadora gaúcha de planos de saúde. *RCO - Revista de Contabilidade e Organizações*, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 142-169, janeiro/abril 2009.