

Análise das Demonstrações Contábeis das Operadoras de Planos de Saúde Segundo a sua Modalidade

Isamara Silva Cota (Fipecafi) - isamarascota@yahoo.com.br

Fabiana Lopes da Silva (Faculdade FIPECAFI) - fabiana.silva@fipecafi.org

Marta Cristina Pelucio Grecco (FIPECAFI) - martapelucio@gmail.com

Resumo:

O setor de saúde suplementar no Brasil tem uma importância fundamental, pela função social que exerce e pela relevância econômico-financeira que o setor representa. Monitorar o setor a assegurar que o mesmo seja sustentável e perene é um dos principais objetivos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, que atua por meio da regulação econômica, visando corrigir as distorções quanto à seleção de riscos, praticada pelas operadoras, e preservar a competitividade do mercado. Diante do exposto, o objetivo de investigar o comportamento dos indicadores econômicos, considerando a modalidade da operadora. Os resultados apresentados demonstram que a estrutura de operação, formação da carteira, formação da rede, entre outras características que variam de acordo com a modalidade, influenciam nos indicadores. Pode-se verificar que as operadoras estão cada vez mais com dificuldades de performance de carteiras, seja em função dos aumentos expressivos dos custos assistências, seja pelo envelhecimento, tal qual ocorre na previdência. Outro fator relevante é que com o aumento do desemprego, o impacto é direto na carteira de planos empresariais, ofertados aos funcionários das empresas.

Palavras-chave: *Regulação. Indicadores de Desempenho. Operadoras de Planos de Saúde.*

Área temática: *Custos como ferramenta para o planejamento, controle e apoio a decisões*

Análises das Demonstrações Contábeis das Operadoras de Plano de Saúde Segundo a sua Modalidade

Resumo

O setor de saúde suplementar no Brasil tem uma importância fundamental, pela função social que exerce e pela relevância econômico-financeira que o setor representa. Monitorar o setor a assegurar que o mesmo seja sustentável e perene é um dos principais objetivos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, que atua por meio da regulação econômica, visando corrigir as distorções quanto à seleção de riscos, praticada pelas operadoras, e preservar a competitividade do mercado. Diante do exposto, o objetivo de investigar o comportamento dos indicadores econômicos, considerando a modalidade da operadora. Os resultados apresentados demonstram que a estrutura de operação, formação da carteira, formação da rede, entre outras características que variam de acordo com a modalidade, influenciam nos indicadores. Pode-se verificar que as operadoras estão cada vez mais com dificuldades de performance de carteiras, seja em função dos aumentos expressivos dos custos assistências, seja pelo envelhecimento, tal qual ocorre na previdência. Outro fator relevante é que com o aumento do desemprego, o impacto é direto na carteira de planos empresariais, ofertados aos funcionários das empresas.

Palavras-chave: Regulação. Indicadores de Desempenho. Operadoras de Planos de Saúde.

Área Temática: Custos como ferramenta para o planejamento, controle e apoio a decisões.

1 Introdução

Com a promulgação da Lei nº 9656/1998 e com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o mercado privado de saúde no Brasil teve uma mudança significativa no seu arcabouço normativo e em seu processo de regulação e fiscalização.

Conforme Araújo (2004), a regulação tem como objetivo principal “corrigir as distorções quanto à seleção de riscos, praticada pelas operadoras, e preservar a competitividade do mercado”. Para atingir esse objetivo, a ANS estabeleceu estratégias básicas que direcionam sua atuação: ampliação de cobertura; ressarcimento ao SUS, registro das operadoras, acompanhamento de preços pelo governo, obrigatoriedade da comprovação de solvência, reservas técnicas, permissão para atuação de empresas de capital estrangeiro e proibição do monopólio de atividades por uma única empresa (ARAÚJO, 2004; LEAL, 2014).

A ANS definiu por meio da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39/2000, que dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, que as operadoras deveriam ser classificadas nas seguintes modalidades: I administradora; II - cooperativa médica; III - cooperativa odontológica; IV autogestão; V - medicina de grupo; VI - odontologia de grupo; ou VII - filantropia.

Com regulação das atividades houve a necessidade de padronização das informações contábeis. Tal padronização surgiu a partir da instituição de um plano de contas padrão, com a finalidade de uniformizar os registros e normas contábeis e assim permitir a avaliação do desempenho do mercado pela ANS (SALLES, 2004). Desde então, foram promulgadas inúmeras normas com a finalidade de garantir a sustentabilidade econômico-financeira das operadoras.

Pinheiro et al. (2015) analisaram a resposta das operadoras aos efeitos da regulação nas estratégias de financiamento, sendo constatadas diferenças nos índices de endividamento e Liquidez das Cooperativas Médicas e Medicina de Grupo, frente à obrigatoriedade dos Ativos

Garantidores e Fundo Garantidor instituídos pela ANS.

Tendo em vista que a classificação das operadoras e as estruturas das operações são distintas, a pesquisa busca responder à seguinte questão: Qual o comportamento dos indicadores econômico-financeiros de cada modalidade de operadora diante da regulação?

Assim, o objetivo do artigo é investigar o comportamento dos indicadores de desempenho econômico-financeiro diante da regulação. Para tanto, busca-se analisar as demonstrações financeiras das maiores operadoras de saúde de acordo com a sua modalidade.

O estudo utilizará as informações financeiras divulgadas no exercício social de 31 de dezembro de 2016 e o seu comparativo com o exercício anterior, sendo limitada às análises que considerem variações em função apenas da modalidade, e quanto às coberturas de assistência médica, excluindo-se as administradoras de benefícios, por não serem detentoras dos riscos dos contratos.

2 Plataforma Teórica

O mercado de saúde suplementar desde sua existência se mostrou bastante diversificado, características específicas de mercado e forma de operação depende da modalidade na qual a operadora se enquadra, ou seja, a forma jurídica sob a qual foi concebida e pela qual pode operar.

Leal (2014) afirma que uma das diferenças mais marcantes entre as modalidades de operadoras é anterior e independente do marco regulatório específico do setor: a diferenciação da política de tributação do governo, que é diferenciada para algumas modalidades, sendo menos intensa para as pessoas jurídicas sem fins lucrativos e para as cooperativas.

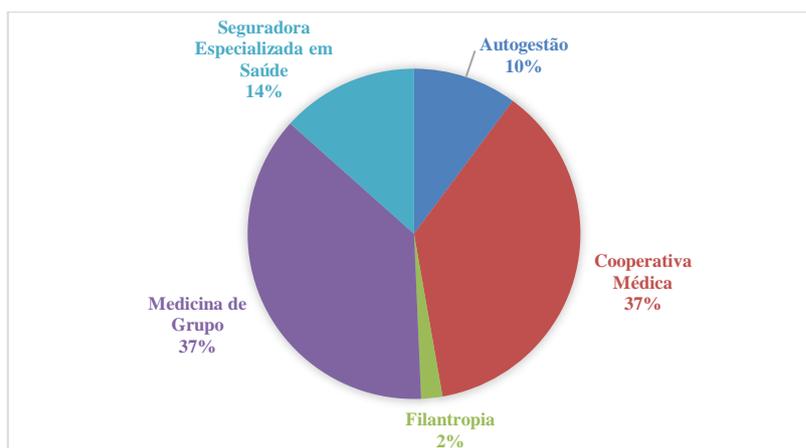
Segundo a ANS (2017) as modalidades possuem as seguintes definições:

- Autogestão: empresa que opera planos de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes.
- Cooperativa médica: sociedade sem fim lucrativo, conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.
- Cooperativa odontológica: sociedade sem fim lucrativo, conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que opera, exclusivamente, planos odontológicos.
- Filantropia: entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de assistência à saúde, sendo certificada como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), e declarada de utilidade pública pelo Ministério da Justiça e pelos órgãos dos governos estaduais e municipais.
- Administradora: empresa que apenas administra planos de assistência à saúde, que são financiados por outra operadora. Uma administradora não assume o risco decorrente da operação desses planos e não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. Por não possuírem beneficiários, a operadora classificada como administradora está dispensada do envio das informações sobre beneficiários (seus dados são classificados como inconsistentes).
- Seguradora especializada em saúde: sociedade seguradora autorizada a operar planos de saúde, desde que esteja constituída como seguradora especializada nesse tipo de seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

- Medicina de grupo: demais empresas ou entidades que operam planos de saúde.
- Odontologia de grupo: demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos.

Atualmente as Cooperativas Médicas é o setor que possui maior número de operadoras com beneficiários ativos, apresentando 298 operadoras, acompanhada das Medicina de Grupo com 261 operadoras, sendo que essas duas modalidades predominam no setor em número de beneficiários.

Figura 1 – Distribuição de beneficiários por modalidade de OPS



Fonte: ANS (2017). Dados e indicadores do setor – sala de situação.

A Figura 1, demonstra como o setor está composto de acordo com o número de beneficiários em cada modalidade.

2.1 Teoria da regulação econômica

Na economia, a regulação pode ser analisada sob duas óticas: (i) a análise normativa, como uma teoria positiva da regulação que define as condições e os princípios da intervenção na economia; e, (ii) uma abordagem positiva, denominada Teoria Econômica da Regulação, que procura entender como o processo regulatório se organiza, incluindo as variáveis políticas. (CAMPOS, 2008).

A ação regulatória no mercado de saúde suplementar é de suma importância em virtude da defesa da concorrência e do interesse público. De acordo com Andreazzi et al. (2003) existe uma “preocupação com a concorrência em igualdade de condições para os diversos segmentos, e ainda, a percepção que os consumidores estarão em melhor posição, caso a regulação previna a ocorrência disseminada de práticas oligopolísticas”.

Como o Estado tem o dever de atuar para minimizar as falhas de mercado, a regulação econômica encontra sua justificativa mais simples (Cardoso, 2005). Nesse sentido, surge a Teoria do Interesse Público, que tem como pressuposto que os legisladores são maximizadores do bem-estar social, buscando corrigir problemas de falhas de mercado, (CAMPOS, 2008; LIMA et al., 2014).

De acordo com Rodrigues (2008), a Teoria da Captura surgiu inspirada pelas críticas à Teoria do Interesse Público, sendo que as diferentes vertentes criadas com base na Teoria da Captura partem da premissa de que a regulação é formulada em resposta aos grupos de interesse, que buscam maximizar interesses próprios.

Vale destacar também uma terceira teoria que emergiu em função das críticas às duas teorias, segundo Cardoso et al. (2009):

“Pelo fato de as duas teorias estudadas se posicionarem nos extremos e se basearem exclusivamente em evidências empíricas, foram duramente criticadas até que emergiu a Teoria

da Competição entre os Grupos de Interesse, segundo a qual, o legislador e o regulador estão preocupados em se perpetuarem no poder, portanto, a regulação é desenhada de forma a atender as necessidades do grupo de interesse que exercer maior pressão relativa sobre o regulador e o legislador” (CARDOSO et al, 2009).

Para exemplificar, os grupos de interesse num setor, cada empresa que nele atua, os clientes desta empresa também representam um grupo de interesse, os próprios legisladores constituem um grupo de interesse, esses grupos moldarão o corpo regulatório do Estado de modo a atender aos grupos de interesse mais contribuirão para seus objetivos individuais de deter ou ampliar seu status político. (STIGLER, 1971 apud LIMA, OLIVEIRA & COELHO, 2014).

3 Metodologia

O presente estudo adota uma abordagem empírico-analítica, na qual busca-se avaliar os indicadores das operadoras de saúde suplementar, a partir da modalidade em que atua.

Para tanto, selecionou-se a maior operadora de saúde suplementar em cada modalidade para a análise de indicadores, com base nos dados do exercício de 2016 das maiores operadoras, obtidos no site da ANS e nas demonstrações contábeis publicadas.

A Tabela 1 apresenta o número de beneficiários que recebem atenção médico-hospitalares.

Tabela 1 – Empresas selecionadas

Modalidade	Qnt OPS Ativas com Beneficiários	Maior Operadora da Modalidade	Registro ANS	Número Beneficiários
Autogestão	159	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil	346659	693.567
Cooperativa Médica	298	Central Nacional Unimed - Cooperativa Central	339679	1.459.828
Filantropia	47	Fundação São Francisco Xavier	339954	137.052
Medicina de Grupo	261	Amil Assistência Médica Internacional S.A.	326305	3.748.476
Seguradora Especializada em Saúde	9	Bradesco Saúde - S.A.	5711	3.585.391

Fonte: Elaboração própria com base em ANS (2017).

As empresas selecionadas foram a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), a Central Nacional Unimed (CNU), a Fundação São Francisco Xavier (Fundação), Amil Assistência Médica Internacional e a Bradesco Saúde.

Segundo Matarazzo (1998, p. 154 apud Kudlawicz & Santos, 2013), “o importante não é uma quantidade grande de índices, mas um conjunto que permita conhecer a situação da empresa e conforme o grau de profundidade que se deseja conhecer.” Desta forma, para realizar a análise dos dados, optou-se por utilizar os indicadores objeto de acompanhamento por parte da ANS, listados no Anuário 2016 Aspectos Econômico-Financeiros Das Operadoras De Plano De Saúde (2017), conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Relação dos indicadores

Indicador	Função	Fórmula
ROA	Taxa de retorno sobre o ativo total. Mostra a relação entre o resultado líquido e o ativo total.	$ROA = \frac{\text{Resultado Líquido}}{\text{Ativo Total}}$
ROE	Taxa de retorno sobre o patrimônio líquido. Mostra a relação entre o resultado líquido e o patrimônio líquido.	$ROE = \frac{\text{Resultado Líquido}}{\text{Patrimônio Líquido}}$
MLB	Margem de Lucro Bruto. Mostra a relação entre o resultado bruto e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas).	$MLB = \frac{\text{Resultado Bruto}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$
MLL	Margem de Lucro Líquido. Mostra a relação entre o resultado líquido e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas).	$MLL = \frac{\text{Resultado Líquido}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$
MARG.EBIT	Margem EBIT (LAJIR) – Lucro Antes de Juros e Impostos.	$EBIT = \frac{\text{Resultado Liq} + \text{Desp Financeiras} + \text{IR} + \text{CSLL} - \text{Im pDiferidos}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$
MARG.EBITDA	Margem EBITDA (LAJIDA) – Lucro Antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização.	$EBITDA = \frac{\text{Resultado Liq} + \text{Desp Financ} + \text{IR} + \text{CSLL} - \text{Im pDifer} + \text{Deprec} + \text{Amortiz}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$
IMOB	Imobilização do Ativo total. Indica a parcela das aplicações de recursos (Ativo total) investidos no Ativo Permanente	$IMOB = \frac{\text{Ativo permanente}}{\text{Ativo total}}$
ENDIV	Índice de endividamento. Mostra a relação entre o Exigível total e o Ativo total.	$ENDIV = \frac{\text{Passivo circulante} + \text{Exigível a longo prazo}}{\text{Ativo total}}$
CE	Composição do endividamento. Indica quanto da dívida total vence no curto prazo.	$CE = \frac{\text{Passivo circulante}}{\text{Exigível total}}$
DM	Índice de despesas assistenciais, ou despesas médicas, ou ainda, sinistralidade. Mostra a relação entre despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas).	$DM = \frac{\text{Eventos indenizáveis líquidos}}{\text{Contraprestações efetivas}}$
DC	Índice de despesas de comercialização. Mostra a relação entre despesas de comercialização e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas).	$DC = \frac{\text{Despesas de comercialização}}{\text{Contraprestações efetivas}}$
DA	Índice de despesas administrativas. Mostra a relação entre despesas administrativas e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas).	$DA = \frac{\text{Despesas administrativas}}{\text{Contraprestações efetivas}}$
COMB	Índice combinado. Mostra a relação entre despesas operacionais (administrativas, comercialização e assistenciais) e as receitas (contraprestações efetivas).	$COMB = \frac{\text{Despesas administrativas} + \text{Despesas de comercialização} + \text{Eventos indenizáveis líquidos}}{\text{Contraprestações efetivas}}$
COMBA	Índice combinado ampliado. Similar ao índice combinado acima, mas considera também o resultado financeiro	$COMB = \frac{\text{Despesas administrativas} + \text{Despesas de comercialização} + \text{Eventos indenizáveis líquidos}}{\text{Contraprestações efetivas} + \text{Resultado financeiro líquido}}$
PMCR	Prazo médio de contraprestações a receber. Indica o tempo médio que a operadora leva para receber as vendas realizadas (Créditos ops. saúde), já descontada a provisão para devedores duvidosos.	$PMCR = \left[\frac{\text{Créditos ops. de saúde}}{\text{Contraprestações efetivas}} \right] \times 360$
PMPE	Prazo médio de pagamento de eventos. Indica o tempo médio que a operadora leva para pagar os eventos assistenciais.	$PMPE = \left[\frac{\text{Eventos a liquidar}}{\text{Eventos indenizáveis líquidos}} \right] \times 360$
LG	Liquidez geral. Mostra a capacidade de pagamento no longo prazo.	$LG = \frac{\text{Ativo circulante} + \text{Realizável a longo prazo}}{\text{Passivo circulante} + \text{Exigível a longo prazo}}$

LC	Liquidez corrente. Mostra a relação entre os ativos conversíveis em dinheiro no curto prazo e as dívidas de curto prazo.	$LC = \frac{\text{Ativo circulante}}{\text{Passivo circulante}}$
Tíquete Médio	Tíquete Médio Mensal. Mostra a relação entre o total anual das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas) e a média mensal do número de beneficiários (multiplicado por 12).	$TiqMedio = \frac{\text{Contraprestações Efetivas}}{\text{Média Beneficiários} \times 12}$

Fonte: Elaboração própria com base em ANS (2017).

De acordo com Soares (2006) a continuidade da empresa e seu desempenho econômico-financeiros, são indícios que podem ser obtidos a partir de indicadores. A utilização de indicadores contribui para a análise de possíveis indícios de problemas e pontos de atenção para as Operadoras e, por consequência, para a sociedade, considerando a representatividade do setor.

4 Resultados

A Tabela 3 apresenta os indicadores calculados para cada uma das Operadoras selecionadas na amostra, nos exercícios de 2015 e 2016.

Tabela 3 – Indicadores por Operadora

Indicadores		Bradesco		Amil		Cassi		CNU		Fundação	
		2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015
RENTABILIDADE	ROA	0,03	0,03	-0,02	0,00	-0,09	-0,14	0,07	0,02	0,12	0,12
	ROE	0,09	0,11	-0,03	-0,01	-0,32	-0,36	0,22	0,09	0,16	0,16
	MLB	0,05	0,08	0,12	0,16	0,00	-0,02	0,09	0,08	0,19	0,23
	MLL	0,03	0,03	-0,01	0,00	-0,04	-0,06	0,02	0,00	0,19	0,19
	MARG. EBIT	0,02	0,08	0,00	0,00	-0,02	-0,05	0,02	0,01	0,20	0,19
	MRG EBITDA	0,03	0,08	0,00	0,01	-0,02	-0,05	0,02	0,01	0,20	0,20
CAPITAL	IMOB	0,00	0,00	0,03	0,04	0,01	0,02	0,02	0,03	0,31	0,33
	ENDIV	0,62	0,66	0,44	0,43	0,70	0,61	0,66	0,71	0,24	0,24
	CE	0,60	0,53	0,49	0,59	0,91	0,93	0,95	0,94	0,70	0,66
OPERACIONAL	DM	0,91	0,88	0,84	0,81	1,02	1,04	0,93	0,91	0,83	0,75
	DC	0,05	0,05	0,05	0,04	0,00	0,00	0,03	0,03	0,00	0,00
	DA	0,04	0,04	0,10	0,11	0,08	0,09	0,07	0,07	0,06	0,08
	COMB	1,02	0,98	1,00	0,98	1,11	1,13	1,03	1,02	0,89	0,84
	COMBA	0,93	0,92	0,99	0,97	1,06	1,08	1,00	0,99	0,84	0,81
CICLO FINANCEIRO	PMCR	37,73	36,37	8,34	10,35	6,24	5,65	32,57	30,53	22,78	44,05
	PMPE	45,19	42,06	34,20	33,70	41,82	36,30	29,89	27,46	24,35	26,36
LIQUIDEZ	LG	1,50	1,41	1,02	1,26	1,35	1,54	1,42	1,32	2,71	2,56
	LC	0,90	0,79	1,05	1,00	1,09	1,15	1,27	1,21	3,42	3,44
TÍQUETE MÉDIO	(R\$)	394,01	354,90	240,56	208,47	439,48	399,32	203,98	158,40	152,58	124,28

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ANS (2017).

Ao analisar os indicadores, observa-se que a Fundação São Francisco Xavier (Filantropia) e a Central Nacional Unimed (Cooperativa Médica) – CNU - apresentaram os

maiores índices de rentabilidade em comparação às demais operadoras. Isso ocorre, principalmente pelo fato de que seus indicadores operacionais também se mostraram menores, o que para o setor da saúde é positivo, pois indica que as carteiras dessas operadoras foram superavitárias no exercício.

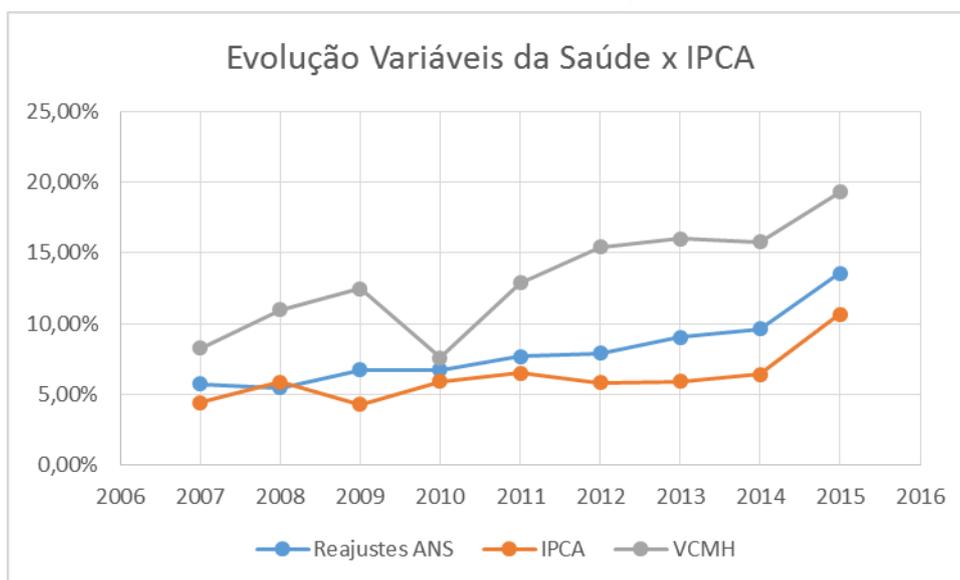
Do exercício de 2015 para 2016 apenas a Amil (Medicina de Grupo) conseguiu reduzir o índice de despesas médicas (DM), o que indica que houve melhora na gestão da carteira de clientes da Operadora.

Os indicadores operacionais, são fundamentais para a avaliação do desempenho, uma vez que guardam relação direta entre as receitas das mensalidades e o custo dos atendimentos médico-hospitalares.

Com o aumento da inflação médica, mensurada por meio do índice de Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH), que expressa a variação do custo das operadoras de planos de saúde comparado entre dois períodos consecutivos de 12 meses. O referido índice captura as oscilações decorrentes da frequência de utilização e do aumento de preços dos procedimentos médicos. Em geral, as operadoras demonstraram aumento no índice DM – Índice de Despesas Médicas ou Assistenciais.

O gráfico da figura 2 traz uma comparação entre os índices de inflação (IPCA), o reajuste autorizado pela ANS e o índice de Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH). Pode-se observar que o VCMH atingiu percentuais muito superiores ao IPCA e ao reajuste dos planos individuais, concedidos autorizados pela ANS.

Figura 2 - Evolução das variáveis saúde x IPCA



Fonte: IESS/ANS (2017). Gráfico elaborado por Grupo Case Benefícios e Seguros.

Quanto à estrutura de Capital, a Fundação São Francisco Xavier (Filantropia) se destacou no indicador de imobilização total do ativo. Um dos principais motivos decorre da decisão de modernização e da ampliação da oferta de serviços, visando a melhoria no atendimento prestado à comunidade.

Quanto ao endividamento, a Central Nacional Unimed (Cooperativa Médica) e Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Cassi (Autogestão) apresentam os maiores indicadores. Vale destacar que a CNU tem como principal fator de endividamento sua dívida com o SUS, representando 11% do total do Passivo Circulante e Exigível a longo prazo. Possui ainda 37% do total do Passivo Circulante e Exigível a longo prazo em Provisões como a PEONA (Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados) e Provisão para Remissão.

Enquanto a Cassi, possui PEONA - Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados representando 37% dos seus passivos e 15% em Provisões para Ações Judiciais.

De acordo com a ANS (2017), a Provisão para Eventos Ocorridos e não Avisados - PEONA é uma “provisão, estimada atuarialmente, para fazer frente ao pagamento dos eventos que já tenham ocorrido e que não tenham sido registrados contabilmente pela operadora”.

Os elevados valores registrados para cobrir a PEONA, se deve à demora na comunicação entre os prestadores de serviços médicos às Operadoras. A referida provisão atuarial, registrada no Passivo Circulante, faz frente aos eventos que já ocorreram, mas ainda não foram avisados às operadoras. Em função desta provisão ambas as empresas apresentam também maiores índices de endividamento no curto prazo.

Em relação ao ciclo operacional, por questões regulatórias, os prazos médios de pagamento permanecem em média 30 dias para as operadoras como mais de 100 mil beneficiários, e 60 dias para as que possuem menos de 100 mil beneficiários. Caso esses prazos não sejam atendidos, as operadoras têm obrigatoriedade de vincular tais valores em aplicações financeiras vinculadas à ANS, na qual não poderá movimentar os recursos.

Por motivos regulatórios, também os prazos médios de recebimento não são elevados, e a regulação da ANS determina, Resolução Normativa (RN 418), que em havendo pelo menos uma parcela vencida do contrato há mais de 60 (sessenta) dias, a totalidade do crédito referente ao contrato deve ser provisionada, planos individuais com preço pré-estabelecido. Para os demais tipos de planos, em havendo pelo menos uma parcela vencida do contrato há mais de 90 (noventa) dias, a totalidade do crédito desse contrato deve ser provisionada.

Quanto aos índices de liquidez, a Fundação São Francisco Xavier (Filantropia) também apresentou indicador elevado, que decorre do fato de que a empresa vem retendo superávits para manter a sustentabilidade no curto, médio e longo prazo. As demais operadoras, mantém a média de 1,3, ressalta-se as obrigações impostas pela ANS, que determina que as operadoras devem manter Ativos Garantidores, para cobrir as provisões técnicas. Tal fato faz com que os resultados financeiros das operadoras aumentem cada vez mais.

O tíquete médio da mensalidade representa o valor pago em média por beneficiário, sendo que os maiores valores são do Bradesco (Seguradora Especializada em Saúde) e Cassi (Autogestão). Tais valores oscilam em função das características da carteira da operadora, tal como média de faixa etária, cobertura oferecida, abrangência, entre outros.

A Cassi de acordo com a ANS (2017) apresentou um percentual de idosos na composição da carteira de 22,5% enquanto o setor possui 13,1%, e idade média de 40,4 em comparação com o setor que é 34,9, além de um índice de envelhecimento de 153,8%, bem superior ao setor com 67,1%. Já o Bradesco, mesmo com bons resultados em termos de composição etária da carteira possui elevado tíquete médio, justificado pela abrangência oferecida, 92% da sua carteira possui cobertura nacional.

5 Considerações finais

Neste artigo, foram abordados os principais tópicos relacionados à regulação das operadoras de planos de saúde e teoria da regulação econômica. Também foram analisados os indicadores acompanhados pela ANS e corroborados pela literatura, por meio de comparação entre as maiores operadoras de cada uma das modalidades elencadas pela ANS.

Os resultados apresentados demonstram que a estrutura de operação, formação da carteira, formação da rede, entre outras características que variam de acordo com a modalidade, influenciam nos indicadores. Pode-se verificar que as operadoras estão cada vez mais com dificuldades de performance de carteiras, seja em função dos aumentos expressivos dos custos assistências, seja pelo envelhecimento, tal qual ocorre na previdência. Outro fator relevante é que com o aumento do desemprego, o impacto é direto na carteira de planos empresariais,

ofertados aos funcionários das empresas.

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2000) – **Resolução Normativa nº 418**. Recuperado em: 09 Julho, 2017, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2017) **Dados e Indicadores do Setor – Sala de Situação**. Recuperado em: 24 julho, 2017, de <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2017) **Anuário 2016 Aspectos Econômico-Financeiros Das Operadoras De Plano De Saúde**. Recuperado em: 24 julho, 2017, de http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Anuario/2016_anuario.pdf

ANDREAZZI, M. A. R. de, ANDREAZZI, M. de F. S. de, PINHEIRO, M. C. C. M., Sicsú, B. **Mercado de Saúde Suplementar : Amplitude e Limites na Arena da Regulação**: Rio de Janeiro, 2003. Recuperado em: 14 abril, 2017, de http://sysbibliweb.funenseg.org.br/bnweb/upload/acervo26745/TT_MI_04_MFatimaAndreazzi_MercadoSaudeSuplementar.pdf

ARAÚJO, C. M. **Estudo para Elaboração do Manual de Procedimentos do Diretor Fiscal de Operadoras de Plano de Saúde para Regimes Especiais**. 2004. Dissertação de Mestrado Profissional, ENSP Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5476>

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Recuperado em: 14 abril, 2017, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm

CAMPOS, H. A. de. Falhas de mercado e falhas de governo: uma revisão da literatura sobre regulação econômica. **Prismas: Dir., Pol. Publ. e Mundial**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 341-370, jul./dez., 2008. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <https://www.olibat.com.br/documentos/prismas-regulacao-economica.pdf>

CARDOSO, R. L. **Regulação Econômica e Escolhas de Práticas Contábeis: evidências no mercado de saúde suplementar brasileiro**. 2005. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12136/tde-18122008-121952/pt-br.php>

CARDOSO, R. L.; SARAVIA, E.; TENÓRIO, F. G. ;SILVA, M. A.. Regulação da contabilidade: teorias e análise da convergência dos padrões contábeis brasileiros aos IFRS. **Revista de Administração Pública RAP**, 43(4), 773-99, 2009.

LEAL, R. M. **O Mercado De Saúde Suplementar No Brasil: Regulação e Resultados Econômicos Dos Planos Privados De Saúde**. 2014. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de http://www.iess.org.br/cms/rep/1lugareconomia_7q6gy1tn.pdf

LIMA, S. H. de O.; OLIVEIRA, F. D. ;COELHO, A. C. D. (2014) Regulação e Regulamentação na Perspectiva da Contabilidade. **Anais** do Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, São Paulo, SP, Brasil, 14.

KUDLAWICZ, C. (2013). **Um Estudo Sobre o Impacto no Nível de Rentabilidade das Organizações Operadoras de Planos de Saúde em Função de Seu Perfil**. 2003. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <http://www.ppgcontabilidade.ufpr.br/wp-content/uploads/2015/05/D079.pdf>

PINHEIRO, I. C. B.; PELEIAS, I. R.; SILVA, A. F. da; MARTINS, E.. Efeitos da Regulação Econômico-Financeira nas Estratégias de Financiamento das Operadoras de Planos de Saúde. **Revista Universo Contábil**, ISSN 1809-3337 Blumenau, v. 11, n. 2, p. 108 -127, abr./jun., 2015. Recuperado em: 12 julho, 2017, de <http://proxy.furb.br/ojs/index.php/universocontabil/article/view/4396/3030>

RODRIGUES, A. **Gerenciamento da Informação Contábil e Regulação: Evidências no Mercado Brasileiro de Seguros**. 2008. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12136/tde-17032008-123836/pt-br.php>

SALLES, O. R.. **Adaptação das Operadoras de Planos de Saúde de Pequeno Porte ao Plano de Contas Padrão da ANS**. 2004. Dissertação de Mestrado Profissional, ENSP Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4789>