



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E
CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE CIÊNCIAS ATUARIAIS

FLÁVIA MOURA DE AGUIAR

UMA ANÁLISE DO IMPACTO DO DESEMPENHO DOS
INDICADORES ECONÔMICO – FINANCEIROS NO IDSS DAS
OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

FORTALEZA

2016

FLÁVIA MOURA DE AGUIAR

**UMA ANÁLISE DO IMPACTO DO DESEMPENHO DOS
INDICADORES ECONÔMICO – FINANCEIROS NO IDSS DAS OPERADORAS
DE PLANOS DE SAÚDE**

Monografia apresentada à Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Atuariais.

Orientador: Prof.^a Alana Katielle Azevedo de Macedo.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca da Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade

A229a Aguiar, Flávia Moura de
Uma análise do impacto dos indicadores econômico – financeiros no IDSS das
operadoras de planos de saúde/ Flávia Moura de Aguiar - 2016.
48 f.: il.

Monografia (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia,
Administração, Atuária e Contabilidade, Curso de Ciências Atuariais, Fortaleza, 2016.
Orientação: Prof.^a Me. Alana Katielle Azevedo de Macedo

1.Saúde suplementar - Brasil 2.Desempenho - Indicadores I. Título

CDD 368.01



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA
E CONTABILIDADE
COORDENAÇÃO DO CURSO DE CIÊNCIAS ATUARIAIS

COORDENAÇÃO DO CURSO DE CIÊNCIAS ATUARIAIS

PARECER FINAL SOBRE A MONOGRAFIA DE GRADUAÇÃO

ALUNO (A): FLAVIA MOURA DE AGUIAR MATRÍCULA: 337328

**TÍTULO: UMA ANÁLISE DO IMPACTO DO DESEMPENHO DOS
INDICADORES ECONÔMICOS – FINANCEIROS NO IDSS DAS OPERADORAS**

DATA DE APROVAÇÃO: 15/02/2016

SEMESTRE: 2015.2

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Banca Examinadora:

Nota:

Prof^ª. Orientadora:

Alana Katielle Azevedo de Macedo, Ms

Prof.:

Alane Siqueira Rocha, Dr^ª.

Prof.:

Iana Bezerra Jucá, Dr^ª.

Média Final:

Aprovado

Reprovado

AGRADECIMENTOS

A Deus.

A todos da minha família, que me apoiaram e incentivaram ao longo dessa jornada. Em especial, aos meus pais Flávio e Mônica, por toda dedicação a nossa família, por todo amor direcionado a mim e ao meu irmão, por me darem a base para que eu chegasse até aqui e encarasse esse desafio.

Ao meu irmão, Pedro Victor, pelo carinho de sempre, pela torcida, e pelo ânimo a mim dedicado nos momentos de dificuldade.

Ao meu namorado, Tupinambá Júnior, que mesmo longe compartilhou esse momento comigo. Obrigada pelo carinho, pela paciência, pelo suporte nos momentos de cansaço e angústia, por todo apoio, e ajuda.

Aos meus avós, Antônio e Maria, por todo carinho e amor a mim dedicados. A minha avó Mazé, por tudo que fez ao longo da minha vida acadêmica, por todo cuidado, proteção e amor.

As minhas amigas do colégio Master, por todo companheirismo e cumplicidade dedicados a mim ao longo desses anos.

Aos meus amigos da faculdade, em especial a Viviane e Ricardo, por todo apoio e amizade durante esses anos, por compartilharem comigo todos os momentos de alegria e dificuldades.

A minha equipe de trabalho, Área de Informações Comerciais, por todo o aprendizado e por todos os momentos de descontração.

Aos meus professores que doaram seus conhecimentos e contribuíram para meu crescimento profissional e acadêmico, em especial a Alana Macedo, por todo apoio, dedicação e incentivo nessa fase final do curso.

Ao Emilson, por todo apoio ao longo desses anos de graduação.

Enfim, agradeço a todos aqueles que são essenciais na minha vida e que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização desse sonho.

RESUMO

Com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e a regulamentação do setor de saúde suplementar brasileiro, houve uma maior preocupação com a viabilidade financeira das operadoras de saúde. Passou a ser exigida, por parte da ANS, uma base financeira mínima para que essas operadoras possam manter o seu registro junto à Agência. Dessa forma, torna-se necessário o conhecimento do desempenho econômico e financeiro dessas empresas. O presente estudo tem como objetivo analisar o desempenho econômico – financeiro de operadoras de saúde suplementar, envolvendo as seguintes modalidades: Autogestão, Cooperativa Médica, Medicina de Grupo e Seguradora Especializada em Saúde. Foram analisados os períodos de 2005 a 2014. Inicialmente, foi criada uma base contendo todos os indicadores necessários para a análise. O desempenho das operadoras foi analisado a partir dos indicadores: Retorno Sobre o Ativo Total, Retorno Operacional Sobre o Ativo Total, Retorno Sobre o Patrimônio Líquido, e Liquidez Corrente. Através de uma análise descritiva básica foi realizado um estudo da evolução desses indicadores e selecionadas as empresas que se destacaram em mais de dois indicadores, a fim de observar a influência do desempenho – econômico destas operadoras no resultado do IDSS de cada uma delas. O resultado confirma a relação existente entre os indicadores econômico – financeiros e o IDSS das operadoras de saúde.

Palavras-chave: Desempenho econômico – financeiro. Análise de Indicadores de Desempenho. Saúde Suplementar.

ABSTRACT

With the creation of the National Agency of Supplementary Health and the regulation of the Brazilian supplementary health sector, there was a greater concern about the financial viability of health insurance companies. It began to be required, by the ANS, a minimum financial base for these companies maintain their registration with the Agency. This way, it becomes necessary the knowledge of the economic and financial performance of these companies. This present study aims to analyze the economic and financial performance of supplementary health companies, including the following genre: Self-Management, Medical Cooperative, Group Medicine and Specialized Insurer in Health. The period in analysis is from 2005 until 2014. Initially, it was created a database containing all the indicators necessary for the analysis. The performance of the companies was analyzed based on the indicators: Return on Total Assets, Operating Return on Total Assets, Return on Net Property, and Current Liquidity. Through a basic descriptive analysis was made a study about the evolution of these indicators and selected the companies that stood out in two or more parameters, in order to observe the influence of companies' economic performance in these results of IDSS of each. The result confirms the relationship between economic indicators – financial and IDSS of health insurance companies.

Keywords: Economic and Financial Performance. Analysis of Health Indicators. Supplemental Health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de Beneficiários por Ano no Brasil	16
Gráfico 2 – Conjunto de Operadoras na Faixa de 0,6 -1	30
Gráfico 3 – Quantidade de Operadoras com Atendimento Médico Hospitalar e Odontológico, de acordo com IDSS	31
Gráfico 4 – Composição da amostra por modalidade, comparado as operadoras atuantes no Brasil em setembro de 2015	34
Gráfico 5 – Distribuição das Operadoras da amostra, por porte e modalidade	36
Gráfico 6 – Evolução das médias do ROA por ano.....	37
Gráfico 7 – Evolução das médias do OROA, por ano.....	38
Gráfico 8 – Evolução das médias do ROE, por ano	39
Gráfico 9 – Evolução das médias do LC, por ano	39
Gráfico 10 – Evolução das médias de Sinistralidade, por ano	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição de Beneficiários por Ano no Brasil.....	25
Quadro 2 – Resumo dos Índices de Desempenho Econômico – Financeiro.....	26
Quadro 3 – Ranking das operadoras que se destacaram em mais de dois índices	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra por modalidade, comparado as operadoras atuantes no Brasil em setembro de 2015	34
Tabela 2 – Distribuição das Operadoras da amostra por modalidade e região.....	35
Tabela 3 – Distribuição das Operadoras em atividade no Brasil em setembro de 2015 por modalidade e região	35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Histograma dos Índices	41
Figura 2 – IDSS das amostras analisadas, ano 2014	42

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS	6
LISTA DE QUADROS.....	7
LISTA DE TABELAS.....	8
LISTA DE FIGURAS.....	9
1 INTRODUÇÃO	13
2 PANORAMA DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR	15
2.1 BREVE HISTÓRICO.....	15
2.2 O CENÁRIO ATUAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	16
2.3 LEGISLAÇÃO DO SETOR	17
2.4 MODALIDADES DAS OPERADORAS	19
2.4.1 ADMINISTRADORAS	19
2.4.2 COOPERATIVAS MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS.....	20
2.4.3 AUTOGESTÃO	20
2.4.4 MEDICINA DE GRUPO E ODONTOLOGIA DE GRUPO.....	21
2.4.5 FILANTROPIA.....	21
3 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NA SAÚDE.....	22
3.1 ESTRATÉGIAS DE OPERAÇÕES DE SAÚDE.....	23
3.2 INDICADORES DE DESEMPENHO	24
3.3 CARACTERÍSTICAS DOS INDICADORES DE DESEMPENHO	24
3.4 INDICADORES DE DESEMPENHO DA SAÚDE.....	25
3.5 DESEMPENHO ECONÔMICO - FINANCEIRO NO SETOR DE SAÚDE	27
3.6 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS OPERADORAS	28
4 METODOLOGIA	33
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	35
5.1 AMOSTRA.....	35

5.2 ANÁLISE DOS ÍNDICES	37
5.2.1 RETORNO SOBRE O ATIVO TOTAL	37
5.2.2 RETORNO OPERACIONAL SOBRE O ATIVO TOTAL	38
5.2.3 RETORNO SOBRE O PATRIMÔNIO LÍQUIDO	39
5.2.4 LIQUIDEZ CORRENTE	40
5.2.5 SINISTRALIDADE	41
5.2.6 OPERADORAS QUE SE DESTACARAM EM MAIS DE DOIS ÍNDICE	41
5.3 ANÁLISE DO IDSS	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

A regulamentação do setor de saúde suplementar foi consolidada pela criação da Lei 9.656/98, esta regulamenta os planos de saúde. Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com o objetivo regular as Operadoras de Saúde (OPS) e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil.

A ANS desenvolveu diversas ações de monitoramento e controle das OPS. Uma dessas ações, foi o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar em 2004. Esse programa faz parte da Política de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS) e prevê a avaliação de desempenho das Operadoras de Saúde através de indicadores agrupados nas dimensões: Atenção à Saúde, Econômico – Financeira, Estrutura e Operação e Satisfação dos Beneficiários.

Segundo Salvatori e Ventura (2012), o desempenho econômico financeiro é o elemento primário e fundamental para a existência saudável de uma empresa, e aquelas que operam no mercado de planos de saúde devem ser monitoradas com certa prioridade.

Para que a operadora continue prestando serviços e competindo com maiores fatias de mercado, é importante que a empresa tenha um bom desempenho econômico – financeiro. Devido ao risco à saúde do beneficiário em caso de falha na capacidade das operadoras de arcar com as ações necessárias para o atendimento de seus clientes, o controle do desempenho econômico e financeiro é muito importante no mercado de saúde suplementar.

O presente estudo utilizou uma base de dados da ANS, contendo suas informações contábeis e operacionais, a fim de analisar o desempenho econômico – financeiro das operadoras de saúde suplementar, e verificar como esses resultados influenciam no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

No segundo capítulo do estudo, será apresentado um panorama do setor de saúde suplementar, apresentando a evolução histórica desse setor no Brasil, suas regulamentações, a ANS, e a classificação das operadoras de saúde.

No terceiro capítulo serão apresentados os indicadores de desempenho das instituições de saúde suplementar, com foco nos indicadores de desempenho econômico – financeiros.

No quarto capítulo, será apresentada a metodologia utilizada para a análise do desempenho econômico-financeiro das operadoras de saúde, neste foi realizada a descrição de toda a base de dados utilizada para os estudos.

No quinto capítulo, serão apresentados a amostra, e os resultados da análise. Foram selecionadas as empresas que se destacavam em mais de dois indicadores econômico – financeiros, a fim de verificar o comportamento do IDSS dessas empresas selecionadas.

No sexto e último capítulo, serão apresentadas as considerações finais do trabalho.

2 PANORAMA DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

2.1 BREVE HISTÓRICO

A primeira intervenção do Estado visando a saúde dos cidadãos ocorreu em meados do século XX, quando foi instituído o seguro para acidentes de trabalho e permitido a assistência médica ao trabalhador que fosse vitimado em função do trabalho.

A Lei Elói Chaves, criada em 1923, instituiu a criação das caixas de aposentadorias e pensões (CAP). As CAPs garantiam a assistência à saúde para os trabalhadores de ferrovias e para os seus dependentes, além do auxílio doença, auxílio funeral, das pensões e das aposentadorias. O pequeno número de contribuintes aliado ao fato de as CAPs não conseguirem suprir a assistência médica prometida, colaboraram para a privatização da assistência médica no Brasil.

A junção das CAPs originou os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) em 1930. Os IAPs foram unificados com o objetivo de prestar serviços de saúde pública aos cidadãos empregados ou que contribuíssem para o sistema. Isso fez com que a população em geral ficasse ainda mais carente por não participar do sistema.

Objetivando controlar as IAPs, o Governo criou o Ministério da Previdência Social. Alguns anos depois, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Este último era dividido em setor de previdência, representado pelo INPS, e em setor de assistência médica, representado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS).

Em 1993, o INAMPS e o Ministério da Saúde foram integrados, ocasionando uma fusão entre a medicina previdenciária e a saúde pública com o objetivo de ampliar a promoção à saúde.

A criação da Constituição Brasileira em 1988 ocasionou uma profunda reestruturação no Sistema de Saúde do Brasil, quando a universalidade do acesso aos serviços de saúde foi instituída.

A Constituição determina:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Para assegurar esse direito, a Carta Magna determinou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, a iniciativa privada atua na assistência pública complementando o SUS.

O Sistema Brasileiro de Saúde está segmentado em público e privado. O público garante à população atenção integral, acesso universal e gratuito às ações e serviços de saúde, envolvendo tanto prestadores públicos quanto privados. O privado compreende o Sistema de Saúde Suplementar e o sistema de desembolso direto.

Durante anos, a Saúde Suplementar atuou no mercado sem regulamentação própria. Em 1999, ela passou a ser regulada pelo Governo através da Agência Nacional de Seguros Privados (ANS). Após a regulamentação, a ANS passou a exigir das operadoras uma cobertura mínima aos seus clientes, com uma assistência maior do que abrangiam anteriormente. A nova legislação buscou a padronização dos serviços, a fiscalização da seleção de risco, a manutenção da estabilidade do mercado e o controle da assimetria de informações.

A implantação dessa regulamentação causou um impacto significativo nos custos das operadoras e no valor das mensalidades, fazendo com que houvesse uma redução significativa do número de operadoras atuando no Brasil.

O Sistema de Saúde Suplementar pode ser dividido em: Autogestão, Cooperativa Médica, Medicina de Grupo e Seguradoras.

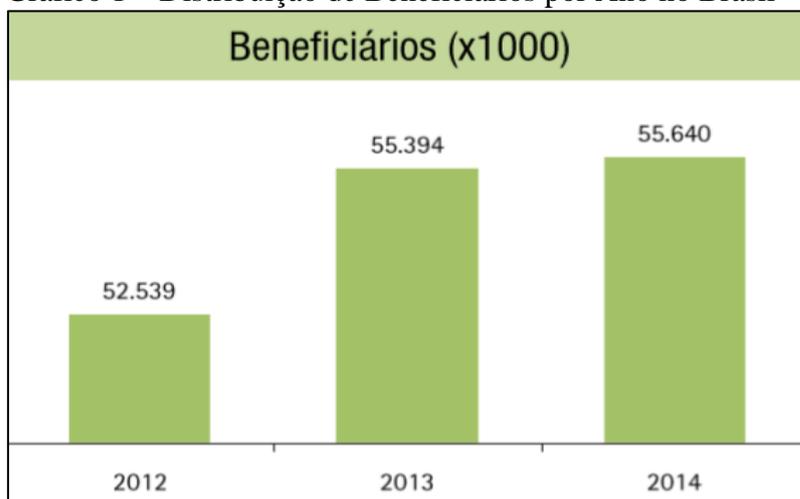
A primeira cooperativa médica foi criada em 1967, a Unimed. Ela foi criada visando oferecer a melhor qualidade nos serviços de prestação à saúde. Atualmente, representa a maior massa de cooperativas do Brasil.

2.2 O CENÁRIO ATUAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

De acordo com o Atlas Econômico – Financeiro da Saúde Suplementar, publicação da ANS que permite a visualização dos perfis das Operadoras brasileiras, em dezembro de 2014, o Brasil possuía cerca de 55,6 milhões de vínculos de beneficiários de planos de saúde médica. Esse número representou um crescimento de 0,44% em relação ao ano de 2013. De acordo com

o Gráfico 1, observa-se uma redução nesse crescimento, visto que, de 2012 para 2013 houve um crescimento de 5,43%.

Gráfico 1 – Distribuição de Beneficiários por Ano no Brasil



Fonte: Atlas Econômico – Financeiro da Saúde Suplementar, ANS, 2015.

Segundo o Atlas Econômico - Financeiro de Saúde Suplementar, o Brasil possui 1040 operadoras de saúde. Sendo a maior parte dessas operadoras classificadas nas modalidades de medicina de grupo e cooperativas médicas. Em 2014, existiam 312 cooperativas médicas e 332 medicinas de grupo.

2.3 LEGISLAÇÃO DO SETOR

O setor de saúde suplementar tem como principais marcos a Lei 9.656/98, que regulamenta o setor, e a Lei 9.961/98, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e regulamentou o funcionamento da mesma.

A ANS é vinculada ao Ministério da Saúde e é a responsável pela regulamentação das operações do mercado de saúde suplementar, que é feita através de resoluções normativas, resoluções operacionais e instruções normativas.

Algumas normas são:

- a) Lei Nº 10.185 de 14/02/2001: Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde.

- b) RN N° 39 de 30/10/2000: Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.
- c) RN N° 63 de 23/12/2003: Define os limites a serem observados para adoção de variação de preços por faixa etária nos planos privados de saúde.
- d) RN N° 85 de 08/12/2004: Dispõe sobre a concessão e o funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.
- e) RN N° 171 de 20/04/2008: Estabelece critérios para a aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de saúde privados, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas.
- f) RN N° 195 de 15/07/2009: Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para a contratação de planos privados.
- g) RN N°209 de 22/12/2009: Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de saúde.
- h) RN N° 254 de 06/05/2011: Dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999 e altera as Resoluções Normativas n° 63, de 22 de dezembro de 2003, que define os limites a serem observados para a adoção de variação de preços por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004; e n° 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.
- i) RN N° 259 de 20/06/2011: Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados e altera a Instrução Normativa – IN n°

23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

- j) RN Nº 309 de 25/10/2012: Dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de saúde para fins de cálculo de aplicação de reajuste.
- k) RN Nº 387 de 29/10/2015: Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima dos planos privados de assistência à saúde; revoga as Resoluções Normativas – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014.

2.4 MODALIDADES DAS OPERADORAS

As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde são empresas que operam no mercado de saúde suplementar.

Os tipos de atenção prestados pelas OPS dividem-se em: Médico-hospitalar e Odontológico.

As OPS classificam-se nas seguintes modalidades:

- a) Administradoras;
- b) Cooperativas Médicas;
- c) Cooperativas Odontológicas;
- d) Autogestão;
- e) Medicina de Grupo;
- f) Odontologia de Grupo;
- g) Filantropia.

2.4.1 ADMINISTRADORAS

Empresas que têm como finalidade administrar os planos privados de saúde, sem assumir os riscos decorrentes dessa operação. Não possuem rede própria, credenciada ou

referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e não possuem vínculo direto com os beneficiários. Devem desenvolver no mínimo uma das seguintes atividades:

- a) Promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes;
- b) Contratar plano privado de assistência à saúde coletiva na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar;
- c) Oferecer planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;
- d) Apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, como negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de planos de saúde e alteração de rede assistencial.

2.4.2 COOPERATIVAS MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS

Conforme a Lei 5.764/71, cooperativas são sociedades sem fins lucrativos, formadas voluntariamente por pessoas que têm um interesse em comum. Essas OPS comercializam planos para pessoas físicas ou jurídicas, podem constituir uma rede de serviços própria ou contratar serviços terceiros. As cooperativas odontológicas comercializam planos exclusivamente odontológicos.

2.4.3 AUTOGESTÃO

Nesta modalidade, uma organização administra, sem fins lucrativos, a assistência à saúde dos beneficiários a ela vinculados. Os planos desse segmento são destinados a empregados ativos, aposentados e participantes de entidades associativas. Não podem ser ofertados planos para o público em geral e são classificadas em três grupos. Os quais são:

- a) Autogestão vinculada a entidades públicas ou privadas patrocinadoras, instituidoras ou mantenedoras. Estas garantem o risco financeiro e não apresentam garantias financeiras à ANS;
- b) Autogestão constituída sob a forma de associação ou fundação, sem mantenedora, para determinada categoria profissional e seus dependentes. Estas devem constituir garantias financeiras na forma da Lei;
- c) Autogestão que opera plano de saúde por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão semelhantes.

A autogestão tem um custo menor, se comparada as outras modalidades, pois os recursos por ela utilizados visam o sustento do plano e são originados da poupança dos participantes e das empresas.

2.4.4 MEDICINA DE GRUPO E ODONTOLOGIA DE GRUPO

A medicina de grupo comercializa planos de saúde para pessoas físicas ou jurídicas. Nessa modalidade, o beneficiário utiliza uma estrutura própria que pode ser ou não contratada pela operadora.

A odontologia de grupo comercializa planos exclusivamente odontológicos para pessoas físicas ou jurídicas, podendo, da mesma forma que a medicina de grupo, utilizar uma estrutura própria contratada pela operadora.

2.4.5 FILANTROPIA

As Instituições Filantrópicas não têm fins lucrativos e operam planos privados de assistência à saúde. Elas devem apresentar um certificado de entidade beneficente emitido pelo Ministério da Justiça ou pelos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

3 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NA SAÚDE

De acordo com dados do Caderno de Informação da Saúde Suplementar, o Produto Interno Bruto (PIB) apresentou uma queda de 1,7% em comparação do terceiro trimestre de 2015 com o segundo trimestre do mesmo ano. Diferentemente do PIB, o gasto com saúde tem aumentado. Cerca de 9,7% do Produto Interno Bruto é gasto com saúde no Brasil.

Além disso, a pesquisa Conta-Satélite de Saúde 2010-2013, divulgada em dezembro de 2015 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgou que os gastos com saúde das famílias brasileiras superam os investimentos em serviços de saúde das três esferas de Governo (federal, estadual e municipal).

Nesse cenário, os financiadores de serviços de saúde procuram definir prioridades e organizar a assistência médica, a fim de que os assegurados utilizem o mínimo de recursos diagnósticos e de tratamentos, mas que seja garantida a qualidade do serviço prestado. Segundo Campos (2004), os potenciais conflitos de interesses no sistema de saúde acontecem porque os eventos que representam custos para as operadoras são receitas para os prestadores de serviços. Eventos que representam custos para os beneficiários, isto é, as mensalidades dos planos de saúde representam receita para as operadoras. Esses conflitos acabam dificultando a eficiência do sistema de saúde.

Os indicadores de desempenho são utilizados para analisar o comportamento de determinada atividade, função ou organização. Geralmente, estes são mensurados através de valores e grandezas que variam com o tempo.

Juran (1992) concebia os indicadores como forma de gerenciar e controlar as organizações, pois segundo ele, quem não mede, não controla, não consegue gerenciar. Kaplan e Norton (1997), afirmaram que os indicadores também servem para comunicar a estratégia e alinhar os pensamentos e ações dos profissionais das organizações.

Indicadores que possam efetivamente oferecer ideia de qualidade na prestação de serviços são necessários, visto que o controle da qualidade pode significar uma redução de custos para as OPS, e dessa forma eliminar os procedimentos desnecessários.

A eficiência dos serviços prestados na área da saúde é analisada pelo volume de procedimentos clínicos realizados. Segundo Gonçalves (2006), esses indicadores dão uma noção

artificial da eficiência de alguns serviços médicos que apesar de apresentar grandes volumes de produção não conseguem absorver a demanda.

Em meio a isso, os pacientes se prejudicam pela dificuldade de acesso a médicos, pelo lento processo de atendimento, e pelo excesso de exames que acabam sendo desnecessários para um diagnóstico efetivo.

Segundo Flores *et al.* (2002), a gestão de operações em serviços de saúde desempenha um papel estratégico pela necessidade de se gerir recursos limitados e de alto custo. Logo, os indicadores são medidas que podem fornecer informações relevantes sobre o desempenho do sistema de saúde (DAVIS, 1994).

3.1 ESTRATÉGIAS DE OPERAÇÕES DE SAÚDE

Conforme citado anteriormente, pela dificuldade de as operadoras de serviços de saúde gerirem recursos de alto custo, a gestão de suas operações tem papel estratégico. A redução dos custos de serviços que não são necessários aumenta a produtividade e a rentabilidade das OPS.

Atividades que não agregam valor em saúde:

- d) Acúmulo de pacientes em salas de espera;
- e) Longos tempos de espera associados ao tempo de preparação do paciente em cada etapa do processo de diagnóstico ou tratamento;
- f) Repetição de exames;
- g) Excesso de movimentação do pessoal hospitalar e do transporte de pacientes;
- h) Excesso de tempo de tratamento pela dificuldade de se dar um diagnóstico;
- i) Informações incorretas;
- j) Utilização de equipamentos inapropriados;
- k) Excesso e falta de materiais;
- l) Desperdício de potencial humano;
- m) Comunicação sem eficiência.

É fundamental fazer mais com os mesmos recursos, a fim de que os desperdícios sejam eliminados, mantendo a qualidade dos serviços prestados.

3.2 INDICADORES DE DESEMPENHO

Os americanos foram os pioneiros na utilização de indicadores de indicadores financeiros. Os custos e as margens de lucro eram contabilizados, em meados do século XIX, para auxiliar nas tomadas de decisão no setor têxtil e ferroviário.

Com a evolução das estratégias de avaliação de desempenho, novos indicadores, que passaram a atender a acionistas, clientes, funcionários, avaliadores externos e fornecedores, foram criados.

Flores *et al.* (2002) afirma que a principal função dos indicadores de desempenho é possibilitar a identificação de melhorias dentro das organizações. Devem ser utilizados para identificar os pontos fracos e os possíveis problemas que estão causando o resultado indesejável.

Rummler e Brache (1994) apud Rezende (2004) afirma que a medição é o ingresso chave no gerenciamento de desempenho. Os indicadores podem ser usados como ferramentas estratégicas sendo sua definição um ponto importante para a empresa pois sinaliza os desvios de rota nos planejamentos traçados, contribuem para a redução dos gastos, analisam as demandas e tem um caráter preventivo na gestão da organização.

Dessa forma, os indicadores refletem a atual situação da empresa, auxiliando na tomada de decisões. A identificação dos fatores críticos é importante para que a empresa alcance o sucesso e estabeleça o diferencial com a concorrência.

3.3 CARACTERÍSTICAS DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

Hronec (1994) afirma que as medidas de desempenho devem induzir a estratégia em toda a organização, para que todas as pessoas da companhia entendam o que ela é, e como seu trabalho e desempenho estão vinculados àquela estratégia em geral.

Dentre as características principais dos indicadores de desempenho, pode-se citar:

- a) Estabilidade;
- b) Reflexão dos objetivos da empresa;

- c) Caráter estratégico;
- d) Rastreabilidade;
- e) Adequação ao negócio;
- f) Fundamentação por dados confiáveis;
- g) Rastreabilidade;
- h) Disponibilidade;
- i) Simplicidade.

A avaliação dos indicadores de desempenho é importante para entender o que acontece, avaliar a necessidade de mudanças e o impacto que estas, ao serem implementadas, podem gerar. Quando a medição dos indicadores não acontece, as chances de ocorrerem possíveis melhorias nas organizações são reduzidas, bem como a tomada de decisões será prejudicada.

3.4 INDICADORES DE DESEMPENHO DA SAÚDE

Segundo Griffith (2001), a busca por indicadores é justificada porque nas organizações de saúde somente por meio da contabilização e mensuração das metas propostas pela organização de saúde que se consegue verificar e avaliar seu desempenho. Dessa forma, notam-se as principais utilidades dos indicadores na área da saúde que são a verificação de terceiros sobre a organização e servir de mecanismo para a melhoria da qualidade.

Os indicadores tornam-se importantes para o gerenciamento de uma organização de saúde, visto que auxiliam os gestores para que estes consigam tomar melhores decisões.

Corrêa e Corrêa (2006), construíram um quadro de prioridades que pode ser facilmente adaptado para a área de saúde.

Quadro 1 – Indicadores de Desempenho

Grandes Objetivos	Sub-objetivos
Qualidade	Desempenho
	Conformidade (especificações)
	Consistência (especificações)
	Recursos (acessórios)
	Durabilidade
	Confiabilidade (falha produto)
	Limpeza
	Conforto
	Estética
	Comunicação
Velocidade	Tempo de Acesso
	Tempo de Atendimento
	Tempo de Cotação
	Tempo de Entrega
Confiabilidade	Pontualidade
	Integridade
	Segurança
	Robustez
Flexibilidade	Produtos (introduzir/modificar)
	Mix(modificar)
	Entregas (modificar datas)
	Volume (alterar)
	Horários (amplitude)
	Área (amplitude)

Fonte: Corrêa e Corrêa, 2006

Segundo Corrêa e Corrêa (2006), nos serviços de saúde pode-se considerar os seguintes indicadores:

- a) Custo/Preço: Custo de internação/atendimento; Custo de exames/diagnóstico; Custo de órteses, próteses e outros materiais; Custo de medicamentos;
- b) Velocidade: Tempo de acesso às consultas; tempo de atendimento; tempo de exames e procedimentos; tempo de resultado de exames;
- c) Confiabilidade: Cumprimento efetivo dos contratos; Pontualidade em prazos estipulados; Segurança no atendimento;
- d) Flexibilidade: Diversificação de planos considerando o sexo, a idade e a patologia; Planos com economia de escala; Amplitude de horários para que o usuário tenha um melhor atendimento; Maior rede de atendimento;
- e) Qualidade: Desempenho de prestadores; Clareza quanto as informações; Recursos para internação de pacientes; Confiabilidade quanto ao resultado e a satisfação dos clientes; Higienização dos ambientes; Simpatia nos atendimentos aos clientes.

3.5 DESEMPENHO ECONÔMICO - FINANCEIRO NO SETOR DE SAÚDE

Como já mencionado anteriormente, as empresas da área de saúde devem gerir seus recursos de forma que seja garantida a manutenção das suas atividades operacionais e o seu resultado. Esse fato motivou a realização de estudos com base no desempenho econômico-financeiro dessas empresas.

Em 2010, Malik e Veloso analisaram os indicadores das 100 maiores empresas de diversos setores do Brasil e compararam com o desempenho dos 100 maiores hospitais e das 100 maiores operadoras. Foi percebido por eles que não há diferença quanto a rentabilidade dessas empresas. Dessa forma, pode-se perceber que a receita é um fator de extrema relevância para a medida do indicador econômico – financeiro.

Matarazzo (2010), afirmou que a análise através de índices é uma das técnicas mais empregadas, ao fornecer uma visão ampla da situação da empresa. Os índices representam a relação entre contas do Balanço Patrimonial ou da Demonstração de Resultados do Exercício da empresa (DRE). Os Índices de Rentabilidade orientam sobre a situação econômica da empresa, já os Índices de Estrutura de Capital e de Liquidez, evidenciam a situação econômica da empresa. No quadro abaixo, pode-se interpretar alguns índices:

Quadro 2: Resumo dos Índices de Desempenho Econômico - Financeiro

Índice	Interpretação	Classificação
ROA - Retorno Sobre o Ativo Total	Quanto a empresa analisada obtém de lucro líquido para cada R\$ 100 de investimento total. - Quanto maior, melhor.	Índice de Rentabilidade
OROA - Retorno Operacional Sobre o Ativo Total	Quanto a empresa analisada obtém de lucro operacional para cada R\$ 100 de investimento total. - Quanto maior, melhor.	Índice de Rentabilidade
ROE - Retorno Sobre o Patrimônio Líquido	Quanto a empresa analisada obtém de lucro líquido para cada R\$ 100 de capital próprio investido no exercício social. - Quanto maior, melhor.	Índice de Rentabilidade
LC - Liquidez Corrente	Quanto a empresa possui de Ativo Circulante para cada R\$ 1 de Passivo Circulante. - Quanto maior, melhor. Acima de 1 é o ideal.	Índice Financeiro
ENDIVCP - Índice de Endividamento de Curto Prazo	Quanto a empresa tem de dívida no curto prazo para cada R\$ 100 de investimento total. - Quanto menor, melhor.	Índice Financeiro
SINISTRALIDADE	Quanto da receita será destinada para cobrir as despesas. - Próximo de 75% é o ideal.	Índice Operacional

Fonte: Autor.

A análise desses indicadores com as devidas adaptações, considerando as especificidades do setor público de saúde também é um fator importante, visto que os serviços

prestados por ele devem nos dar uma resposta as necessidades sociais da população. Através deles, é possível verificarmos a eficiência na alocação e gestão de recursos nesse setor.

3.6 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS OPERADORAS

Instituído pela ANS por meio da RN nº 139 de 24 de novembro de 2006 e alterado pela RN nº 193 de 08 de junho de 2009, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS) avalia a qualidade do setor como uma estratégia da Política de Qualificação.

De acordo com a ANS (2006), a Política de Qualificação tem por objetivo incentivar as OPS a atuar como gestoras de saúde, incentivar os prestadores a atuar como produtores do cuidado de saúde; incentivar os beneficiários a serem usuários com consciência sanitária e aprimorar a capacidade regulatória da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O PQSS possui duas avaliações, as quais são: a avaliação de desempenho das seguradoras, ou qualificação das operadoras, e a avaliação de desempenho da ANS, ou qualificação institucional.

A qualificação das operadoras é avaliada por um conjunto de indicadores que são agrupados nas seguintes dimensões:

- a) Atenção à Saúde;
- b) Econômico – Financeira;
- c) Estrutura e Operação;
- d) Satisfação do Beneficiário.

A qualificação institucional é baseada em quatro dimensões:

- a) Qualificação da Saúde Suplementar;
- b) Desenvolvimento Institucional;
- c) Sustentabilidade do Mercado;
- d) Articulação e Aprimoramento Institucional.

As operadoras que operam com planos médico – hospitalares, médicos – hospitalares com odontologia ou exclusivamente odontológicos são avaliadas anualmente com o objetivo de aumentar a transparência do setor de saúde suplementar, tornando público todos os

resultados obtidos e dessa forma, fazendo com que seja possível a comparação entre as operadoras, estimulando a concorrência do setor.

O Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) é uma medida que analisa o desempenho das OPS e avalia a eficiência das mesmas. Para cada uma das dimensões é calculado um IDSS que pode variar de zero a um. As notas têm cinco faixas de variação indo de 0 a 0,19; 0,2 a 0,39; 0,4 a 0,59; 0,6 a 0,79; e de 0,8 a 1 (maior pontuação).

O IDSS é agrupado em quatro dimensões:

- a) Dimensão de Atenção a Saúde: Avalia aspectos de acesso e qualidade da atenção, dando ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada ao usuário;
- b) Dimensão Econômico - Financeira: Acompanha o equilíbrio econômico – financeiro das operadoras sob o ponto de vista das condições de liquidez e solvência, avaliando a capacidade de manter-se em dia com as suas obrigações financeiras junto aos seus prestadores para o atendimento com qualidade e de forma contínua dos beneficiários;
- c) Dimensão Estrutura e Operação: Condições de oferta de rede de consultórios, hospitais, ambulatorios, laboratórios, e centros diagnósticos oferecidos pelas OPS para atendimento. Avalia também o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto a ANS;
- d) Dimensão Satisfação dos Beneficiários: Contabiliza as reclamações recebidas pela ANS, os indicadores de permanência dos beneficiários, mede a gravidade das infrações à legislação.

Conforme dito anteriormente, o IDSS varia de zero a um, sendo que 40% deste valor é formado pelo Índice de Desempenho da Atenção à Saúde (IDAS); 20% pelo Índice de Desempenho Econômico – Financeiro (IDEF); 20% pelo Índice de Desempenho de Estrutura e Operação (IDEO) e 20% pelo Índice de Desempenho da Satisfação dos Beneficiários (IDSB).

Lista de Indicadores do IDSS 2015 (ano base 2014), segundo a ANS:

Indicadores da Dimensão da Atenção à Saúde:

- a) Taxa de citopatologia cérvico vaginal oncótica;
- b) Taxa de mamografia;
- c) Proporção de parto cesário;

- d) Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário;
- e) Taxa de internação hospitalar;
- f) Proporção de consulta médica em pronto socorro;
- g) Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica;
- h) Taxa de internação por fratura de fêmur em idosos;
- i) Número de consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiário com 60 anos ou mais;
- j) Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário;
- k) Taxa de aplicação tópica profissional de flúor;
- l) Taxa de raspagem supra-gengival;
- m) Taxa de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído;
- n) Taxa de exodontia de permanente;
- o) Proporção de próteses odontológicas unitárias

Indicadores da Dimensão Estrutura e Operação:

- a) Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde;
- b) Dispersão da rede assistencial hospitalar;
- c) Dispersão de serviços de urgência e emergência 24 horas;
- d) Dispersão da rede assistencial odontológica;
- e) Percentual de qualidade cadastral;
- f) Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação.

Indicadores da Dimensão Econômico – Financeira:

- a) Patrimônio Líquido Ajustado por margem de solvência;
- b) Liquidez Corrente;
- c) Provisão de eventos ocorridos e não avisados;
- d) Suficiência em ativos garantidores vinculados.

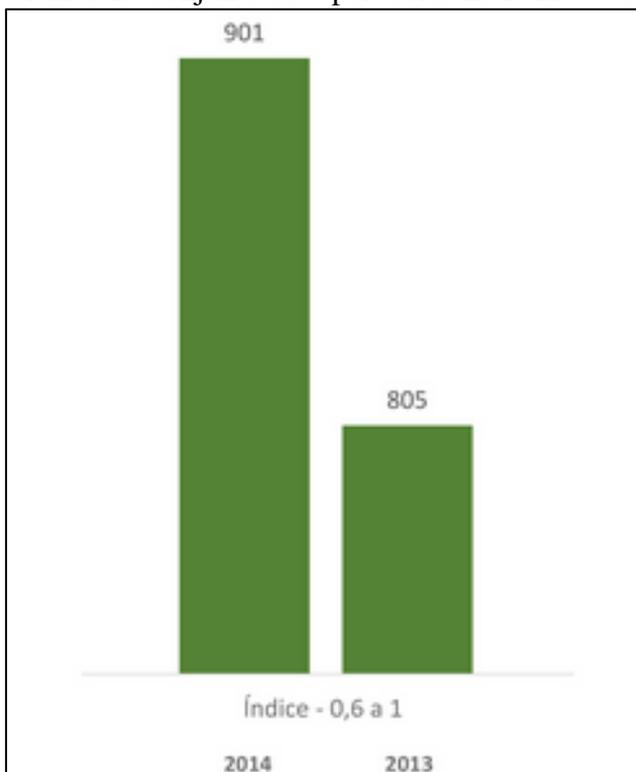
Indicadores da Dimensão Satisfação do Beneficiário:

- a) Proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano;
- b) Sanção pecuniária em primeira instância;
- c) Índice de reclamações.

De acordo com os resultados do PQSS de 2015, 901 operadoras ficaram com uma nota entre 0,6 e 1 no ano passado, contra 805 em 2013 (Gráfico 2). Esse número equivale a um

crescimento de 11,9%. Essas OPS representam 75,9% de todo o mercado de saúde suplementar, são responsáveis pelo atendimento de 89% dos beneficiários em planos de assistência médica e 96% dos beneficiários em planos de assistência exclusivamente odontológicas, segundo dados divulgados em setembro pela ANS.

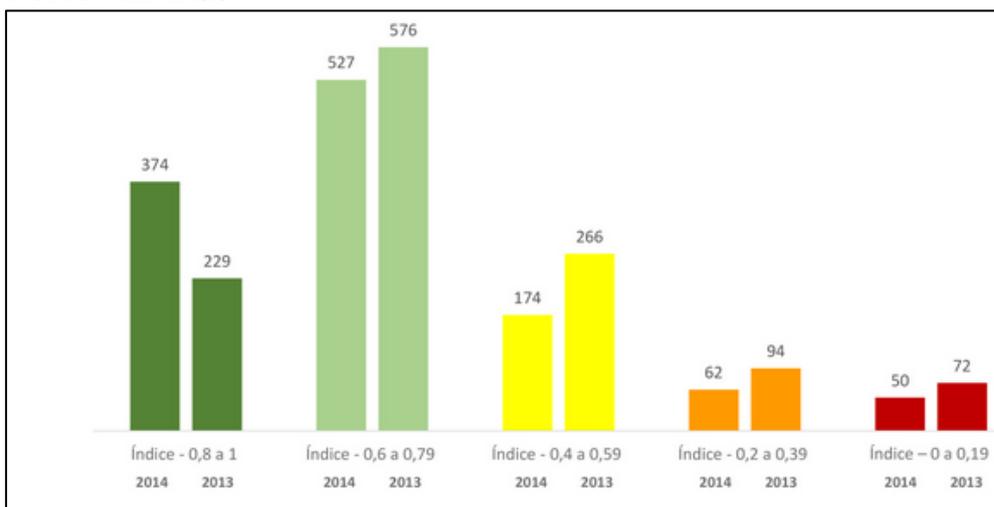
Gráfico 2: Conjunto de Operadoras na Faixa de 0,6 -1



Fonte: ANS.

Conforme o Gráfico 3, verifica-se uma melhora do desempenho das operadoras, com maior concentração de empresas com notas entre 0,6 e 0,79 e na faixa de 0,8 e 1, essas empresas são consideradas positivas. Observa-se também uma queda nas faixas inferiores. Com esses dados, percebe-se uma melhoria da qualidade da prestação de serviços aos beneficiários.

Gráfico 3: Quantidade de Operadoras com Atendimento Médico Hospitalar e Odontológico, de acordo com IDSS



Fonte: ANS.

4 METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizado um estudo da legislação e das normas da ANS que constituem o marco regulatório do setor de saúde suplementar no site da Agência. O mesmo também foi utilizado para o levantamento de informações das operadoras de saúde que foram encontradas no Caderno de Informações da Saúde Suplementar e no Relatório de Qualificação das Operadoras.

Foi criado um banco de dados contendo os elementos dos demonstrativos financeiros e as informações operacionais disponibilizadas no site da Agência Nacional de Saúde. Foram utilizadas as demonstrações financeiras para a obtenção dos indicadores de retorno e liquidez. Para o cálculo desses indicadores, tomou-se por base o detalhamento de contas das Demonstrações Financeiras do Exercício (DRE), dispostos na RN nº 344, de 20 de dezembro de 2013, que dispõe sobre o Plano de Contas padrão da ANS para as operadoras de assistência à saúde.

Para calcular o desempenho das operadoras, foram selecionados os seguintes indicadores, já mencionados anteriormente:

- n) ROA (Retorno Sobre o Ativo Total): Quanto a operadora obtém de lucro para cada R\$ 100 de investimento total. Para o cálculo deste deve-se fazer um operação de divisão do Resultado Líquido pelo Total de Ativos;
- o) ROE (Retorno Sobre o Patrimônio Líquido): Quanto a operadora obtém de lucro líquido para cada R\$ 100 de capital próprio investido no exercício. Para o cálculo deste, deve-se fazer uma operação de divisão do Lucro Líquido pelo Patrimônio;
- p) OROA (Retorno Operacional Sobre Ativos): Quanto a empresa obtém de lucro operacional para cada R\$ 100 de investimento total.
- q) Sinistralidade: Quanto de receita será destinado para cobrir as despesas com pagamentos relacionados aos eventos cobertos nos contratos de planos de saúde. Para cálculo da Sinistralidade, deve-se dividir o Sinistro pelo Prêmio.

Foram analisadas as operadoras que oferecem planos médico-hospitalares e planos médico-hospitalares com odontologia. Os dados foram encontrados no site da ANS, através do

Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS). O período analisado foi de 2008 até 2014.

Com a base de dados elaborada, foram realizados filtros a fim de definir a amostra necessária para atingir os objetivos do trabalho.

Primeiro filtro: Exclusão de dados referentes as modalidades que não fazem parte do estudo, dessa forma, continuaram na base apenas os dados referentes as operadoras das modalidades de Autogestão, Cooperativa Médica, Medicina de Grupo e Seguradora Especializada em Saúde.

Segundo filtro: Exclusão das observações das operadoras que tiveram o resultado do Patrimônio Líquido negativo, visto que, a presença destes poderia distorcer a análise.

Terceiro filtro: Exclusão de observações consideradas *outliers*. Para isso, foi analisada cada variável contábil, e foram excluídas aquelas observações que estavam 3 desvios-padrões abaixo ou acima da média de cada variável.

Quarto filtro: Exclusão das operadoras que não possuíam informações sobre o resultado do IDSS.

Quinto filtro: Exclusão das operadoras que não tiveram todos os dados contábeis no período de 2008 a 2014.

Seguindo a abordagem de Tavares (2007), foi utilizada estatística descritiva básica nas etapas subsequentes. Primeiramente, foi calculada a média de cada indicador, evidenciando a concentração dos dados em torno de um valor central. Segundamente, foi calculado o desvio – padrão, evidenciando a dispersão dos dados em relação a média de cada um dos dados analisados. Os dois primeiros passos foram importantes para a análise da evolução de cada indicador. Por fim, foram listadas as operadoras que se destacaram em mais de dois indicadores e realizada uma comparação do resultado econômico – financeiro destas com o seu resultado do IDSS.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 AMOSTRA

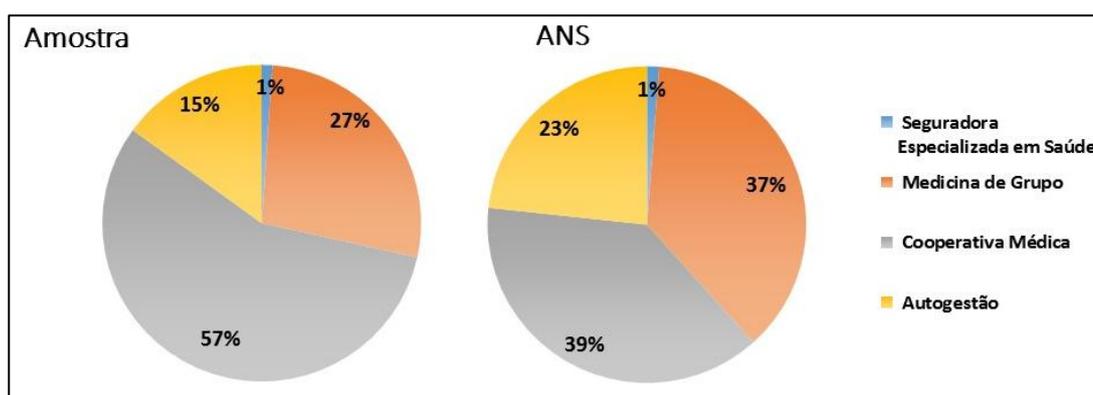
A amostra final é composta de 3.269 observações de 467 operadoras de planos privados de saúde suplementar. O período de análise é de 2008 até 2014, devido a disponibilidade, nesses anos, de todas as informações necessárias para o estudo. Na Tabela 1 e no Gráfico 4, pode-se comparar a distribuição das operadoras que foram utilizadas na amostra, de acordo com suas modalidades, com a representatividade de cada modalidade no mercado de saúde suplementar.

Tabela 1 - Distribuição da amostra por modalidade, comparado as operadoras atuantes no Brasil em setembro de 2015

Modalidade	Amostra			ANS, setembro 2015	
	Nº de Observações	Qt. Operadoras	%	Qt. Operadoras	%
Seguradoras Especializadas em Saúde	35	5	1%	10	1%
Medicina de Grupo	896	128	27%	301	37%
Cooperativa Médica	1848	264	57%	311	38%
Autogestão	490	70	15%	189	23%

Fonte: Autor.

Gráfico 4 – Composição da amostra por modalidade, comparado as operadoras atuantes no Brasil em setembro de 2015.



Fonte: Autor.

A modalidade com maior destaque na amostra é a Cooperativa Médica, representada por 264 operadoras, o que equivale a um percentual de 57%. Posteriormente, Medicina de Grupo com 128 empresas, apresentou um percentual de 27%. A modalidade de

Autogestão, com 70 operadoras, obteve um percentual de 15%. Com menor representatividade que as demais, a Seguradora Especializada em Saúde com 5 empresas, atingiu um percentual de 1%.

Foram observadas as mesmas empresas ao longo dos 7 anos analisados, visto que, as que não possuíam todos os dados necessários ao longo desses anos foram excluídas, bem como os anos que não possuíam algum dado.

As operadoras também foram agrupadas por região, de acordo com a localidade de sua sede. Pode-se observar que os valores percentuais encontrados na amostra são similares a totalidade de empresas em atividade no Brasil, quando as Tabelas 2 e 3 são comparadas.

Tabela 2 – Distribuição das Operadoras da amostra por modalidade e região.

AMOSTRA	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO OESTE
Seguradora Especializada em Saúde	0	0	5	0	0
Medicina de Grupo	1	7	86	30	4
Cooperativa Médica	6	29	150	58	21
Autogestão	2	10	33	14	11
Total	9	46	274	102	36
%	2%	10%	59%	22%	8%

Fonte: Autor

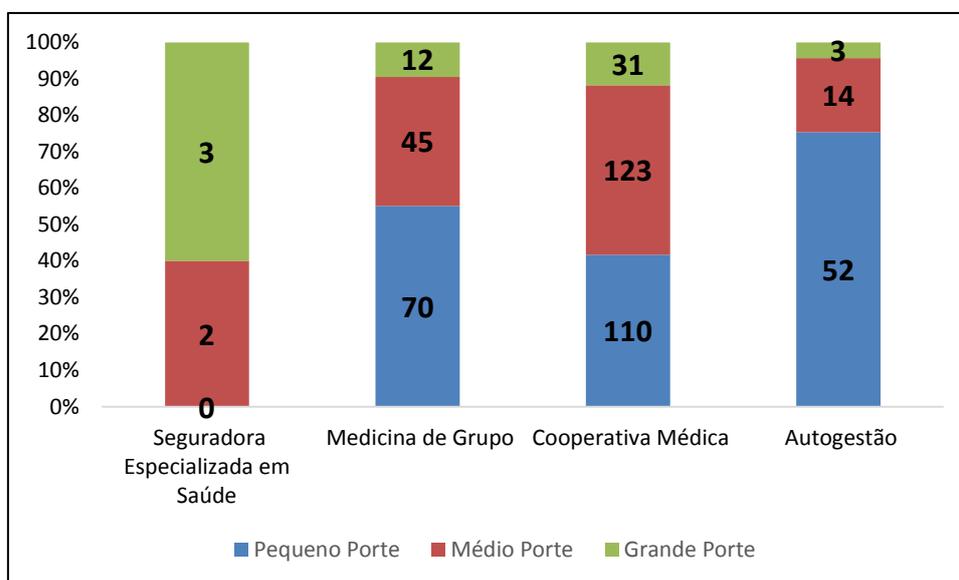
Tabela 3 – Distribuição das Operadoras em atividade no Brasil em setembro de 2015 por modalidade e região.

ANS, Setembro de 2015	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO OESTE
Seguradora Especializada em Saúde	0	0	9	0	1
Medicina de Grupo	5	26	209	47	14
Cooperativa Médica	15	41	167	62	26
Autogestão	8	23	94	38	26
Total	28	90	479	147	67
%	3%	11%	59%	18%	8%

Fonte: Autor.

Quanto ao porte, pode-se observar que a maior parte das operadoras em estudo são consideradas de médio porte, ou seja, possuem de 20.000 a 100.000 beneficiários ativos. A maior parte das operadoras de pequeno porte, não atenderam ao critério de série histórica mínima de sete anos. Dessa forma, acabaram sendo excluídas da análise. Duas operadoras não possuíam informações sobre o seu porte.

Gráfico 5 – Distribuição das Operadoras da amostra, por porte e modalidade.



Fonte: Autor.

5.2 ANÁLISE DOS ÍNDICES

5.2.1 RETORNO SOBRE O ATIVO TOTAL

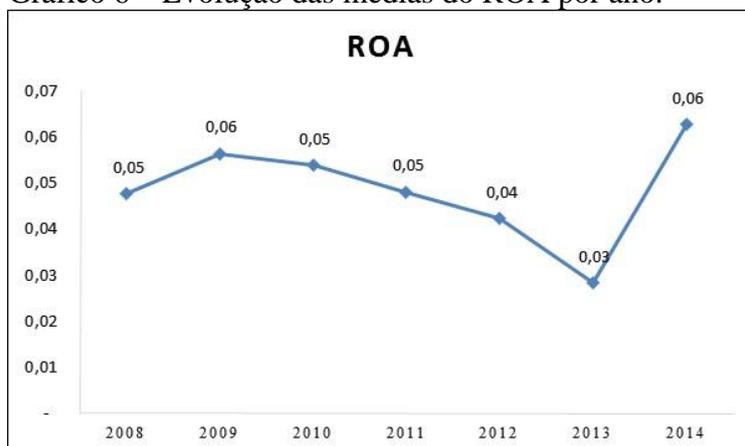
O Índice de Retorno sobre Ativo Total (ROA) relaciona o lucro líquido e o investimento total da empresa, indicando a taxa de retorno líquido para os investimentos feitos pela empresa. Desse modo, quanto maior o retorno da operadora, melhor.

O ROA médio da amostra analisada foi de 0,05. No Gráfico 6, pode-se observar a evolução desse índice ao longo dos anos de 2008 a 2014. O ano em que esse índice apresentou o menor valor foi em 2013, tendo uma queda de 0,04 em 2012, para 0,03 em 2013. O ano de 2014, que foi o de melhor resultado, com 0,06. Isso significa que para cada R\$ 100 investidos, as operadoras, em média, tiveram R\$ 6,29 de lucro líquido.

O desvio padrão desse índice também foi analisado, ele possui uma evolução quase linear, destacando-se o ano de 2009 como o de maior desvio, ou seja, o resultado das empresas nesse período era mais disperso do que nos outros anos estudados.

Após o ano de maior dispersão, nota-se uma queda nos anos subsequentes, tendo uma melhora no último ano. Não é possível analisar se esse efeito será contínuo, ou se foi um fato pontual, visto que não estão disponíveis os resultados posteriores a este.

Gráfico 6 – Evolução das médias do ROA por ano.



Fonte: Autor

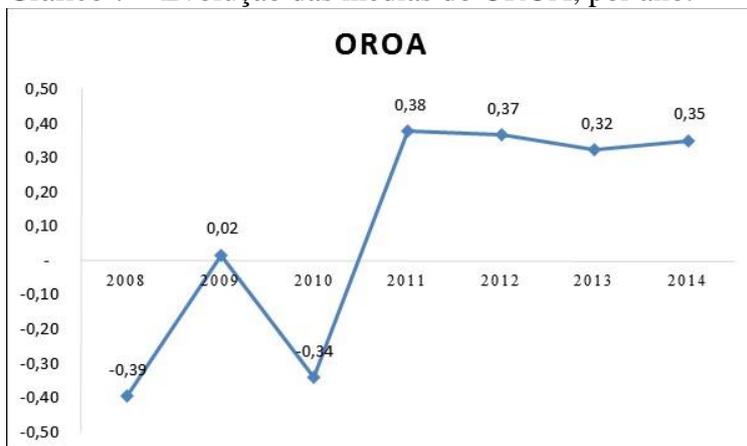
5.2.2 RETORNO OPERACIONAL SOBRE O ATIVO TOTAL

O Índice de Retorno Operacional sobre o Ativo Total (ORO) relaciona o lucro operacional com o investimento total da empresa, indicando a taxa de retorno operacional para os investimentos feitos pela operadora, portanto, quanto maior, melhor. No Gráfico 7 é possível verificar a evolução desse índice no período de 2008 a 2014. Observa-se que o retorno operacional das empresas foi menor em 2008 e 2010, o que significa que nesses anos, as empresas, em média, não tiveram retorno operacional sobre os seus investimentos, evidenciando prejuízos. Em 2014, observa-se um resultado de 0,35, o que significa que para cada R\$ 100 investidos, a empresa obteve um lucro operacional de R\$ 35,05.

A média observada nos últimos anos foi de 0,10. Ou seja, R\$ 10 de lucro operacional para cada R\$ 100. As maiores dispersões verificadas, ocorreram nos mesmos anos em que a média de retorno operacional foi maior, em 2008 e 2010.

Verificando a tendência desse índice, pode-se dizer que é um índice estável, visto que tem apresentado pouca variação nos últimos quatro anos.

Gráfico 7 – Evolução das médias do OROA, por ano.



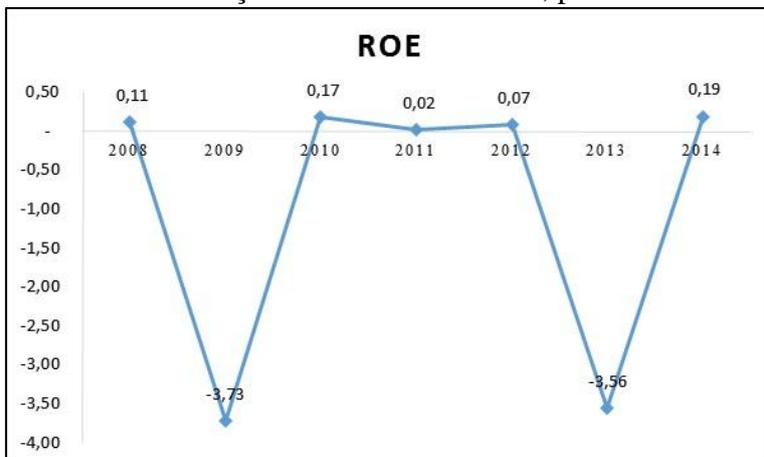
Fonte: ANS.

5.2.3 RETORNO SOBRE O PATRIMÔNIO LÍQUIDO

O Índice de Retorno Sobre o Patrimônio Líquido (ROE), relaciona o lucro líquido com o patrimônio líquido da empresa, indicando a taxa de retorno líquido da empresa sobre o capital próprio investido. No Gráfico 8, observa-se a evolução desse índice nos anos de 2008 a 2014. O ROE médio da amostra analisada foi de -0,96. Com isso, temos que as empresas, em média, não tiveram retorno líquido sobre o capital próprio investido, e sim prejuízo. Os anos que apresentaram menores valores de ROE, foram 2009 e 2013. Nesses anos, os prejuízos foram respectivamente de R\$ 373 e R\$ 356 para cada R\$ 100 de capital próprio investidos. A dispersão nesses anos, foi superior aos outros anos estudados. O ano que apresentou melhor resultado foi o de 2014, com um índice médio de 0,19.

Da mesma forma que o ROA, não podemos definir uma tendência para esse índice, visto que no período analisado os valores oscilaram bastante de um ano para o outro.

Gráfico 8 – Evolução das médias do ROE, por ano.



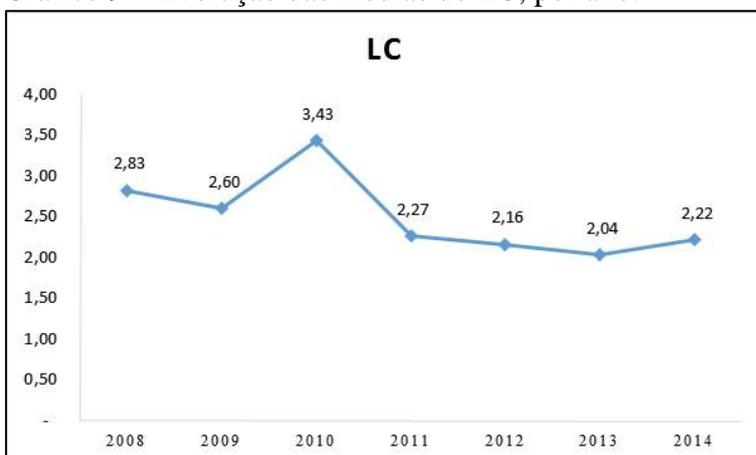
Fonte: Autor.

5.2.4 LIQUIDEZ CORRENTE

O Índice de Liquidez Corrente (LC) correlaciona o capital circulante e as obrigações de curto prazo, indicando a capacidade da empresa de cumprir suas obrigações, não necessariamente cumprindo. O Gráfico 9 mostra a evolução desse índice durante os anos de 2008 a 2014. No período analisado, o índice é satisfatório, visto que está acima de 1 em todos os anos. Destaca-se o ano de 2010, que apresentou o maior resultado de todo o período analisado. Neste ano, as operadoras obtiveram um resultado de 3,43, o que significa que, em média, possuíam R\$ 3,43 de capital circulante para cada R\$ 1,00 de dívida.

Assim como o OROA, verifica-se uma tendência desse índice, pode-se dizer que é estável, visto que tem apresentado pouca variação nos últimos quatro anos.

Gráfico 9 – Evolução das médias do LC, por ano.

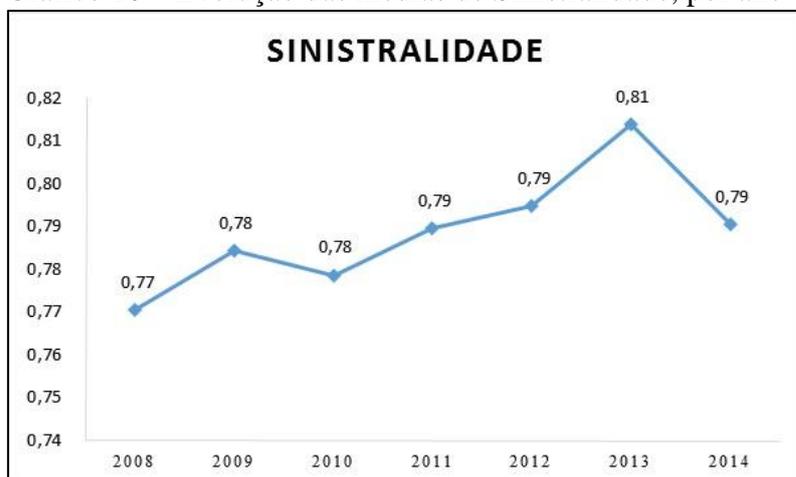


Fonte: Autor.

5.2.5 SINISTRALIDADE

O Índice de Sinistralidade relaciona as despesas assistenciais das operadoras com suas receitas. Quanto mais próximo a 75%, melhor, visto que esse é considerado o índice ideal. A partir dele é evidenciado se a empresa consegue, através de sua receita, cobrir suas despesas assistenciais, e ainda obter alguma margem de lucro. O Gráfico 10 mostra a evolução da sinistralidade das operadoras da amostra de 2008 a 2014. Observa-se que o pior ano foi, 2013, onde 81% da receita seria destinada a cobrir as despesas assistenciais. O ano que apresentou menor Sinistralidade foi o 2008, com 77%.

Gráfico 10 – Evolução das médias de Sinistralidade, por ano



Fonte: Autor.

5.2.6 OPERADORAS QUE SE DESTACARAM EM MAIS DE DOIS ÍNDICE

Na construção do ranking, foram consideradas as operadoras que obtiveram Sinistralidade menor que 75%, Liquidez Corrente maior que 1, e as 20 operadoras com maiores ROA, ROE e OROA.

Ao final, foram selecionadas 22 operadoras que se destacaram em mais de dois índices, já que todas as empresas selecionadas possuíam índices ideais de Sinistralidade e Liquidez Corrente.

Quadro 3 – Ranking das operadoras que se destacaram em mais de dois índices.

REGISTRO OPS	PORTE	MODALIDADE	REGIÃO	DESTAQUES
304468	Pequeno Porte	Cooperativa Médica	CENTRO OESTE	SINISTRALIDADE,LC,ROA
308811	Pequeno Porte	Cooperativa Médica	SUL	SINISTRALIDADE,LC,ROA
311057	Pequeno Porte	Cooperativa Médica	SUDESTE	SINISTRALIDADE,LC,ROA
313149	Pequeno Porte	Cooperativa Médica	SUDESTE	SINISTRALIDADE,LC,ROA
326356	Pequeno Porte	Medicina de Grupo	SUL	SINISTRALIDADE,LC,OROA
333328	Pequeno Porte	Medicina de Grupo	SUDESTE	SINISTRALIDADE,LC,OROA
335614	Pequeno Porte	Medicina de Grupo	SUDESTE	SINISTRALIDADE,LC,OROA
337510	Médio Porte	Medicina de Grupo	NORDESTE	SINISTRALIDADE,LC,OROA
340162	Pequeno Porte	Medicina de Grupo	SUDESTE	SINISTRALIDADE,LC,OROA
340782	Grande Porte	Medicina de Grupo	SUL	SINISTRALIDADE,LC,ROA
346209	Médio Porte	Cooperativa Médica	NORDESTE	SINISTRALIDADE,LC,OROA
346471	Pequeno Porte	Medicina de Grupo	SUDESTE	SINISTRALIDADE,LC,OROA
348261	Pequeno Porte	Cooperativa Médica	SUDESTE	SINISTRALIDADE,LC,ROA
357511	Médio Porte	Medicina de Grupo	NORDESTE	SINISTRALIDADE,LC,ROA
363189	Pequeno Porte	Medicina de Grupo	SUL	SINISTRALIDADE,LC,ROA
363391	Pequeno Porte	Medicina de Grupo	SUDESTE	SINISTRALIDADE,LC,ROA
373010	Grande Porte	Medicina de Grupo	SUDESTE	SINISTRALIDADE,LC,OROA
401196	Pequeno Porte	Medicina de Grupo	CENTRO OESTE	SINISTRALIDADE,LC,OROA,ROA,ROE
402001	Pequeno Porte	Medicina de Grupo	SUDESTE	SINISTRALIDADE,LC,OROA
409243	Pequeno Porte	Autogestão	SUL	SINISTRALIDADE,LC,OROA
411256	Médio Porte	Medicina de Grupo	SUDESTE	SINISTRALIDADE,LC,OROA
412252	Pequeno Porte	Medicina de Grupo	SUDESTE	SINISTRALIDADE,LC,OROA

Fonte: Autor.

5.3 ANÁLISE DO IDSS

A avaliação de desempenho das operadoras é realizada através do IDSS, conforme visto anteriormente, 20% da nota deste é representada pela dimensão econômica – financeira da empresa. Dessa forma, o estudo tem como objetivo verificar a relação existente entre os índices econômico – financeiros e os resultados das avaliações de desempenho das seguradoras.

Com a finalidade de verificar a influência dos resultados, foram selecionadas as 22 empresas que possuíam mais de dois índices de desempenho econômico – financeiro que se destacavam.

Percebeu-se que todas as empresas possuíam resultados de IDSS de 0,6 -1, sendo assim, consideradas operadoras positivas, nenhuma das empresas selecionadas estavam com valores abaixo dessa faixa. Pode-se então verificar que, os indicadores econômicos –

financeiros exercem influência no resultado final do IDSS, visto que nenhuma operadora com mais de dois indicadores bons ficou com valor inferior a 0,6.

Na Figura 2, podemos observar como as empresas da amostra ficaram distribuídas quanto a seus resultados do IDSS.

Figura 2 – IDSS das amostras analisadas, ano 2014.



Fonte: Autor.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desempenho organizacional de uma operadora é um recurso de extrema importância, visto que, permite a avaliação das decisões anteriores, e serve como auxílio para as próximas decisões a serem tomadas. Para a realização da avaliação de desempenho são utilizados indicadores econômico-financeiros que relacionam contas ou grupos de contas da Demonstração de Resultados do Exercício e do Balanço Patrimonial.

Após a regulamentação do setor, por meio da criação da ANS, a viabilidade financeira não é apenas uma questão estratégica da operadora, mas também é uma condição essencial para manter o seu registro ativo junto à Agência. Essa medida tem como objetivo assegurar que os beneficiários dos planos privados de saúde suplementar tenham acesso à prestação dos serviços do plano contratado. Nesse sentido, o presente trabalho buscou analisar, através dos indicadores de desempenho econômico – financeiros, as modalidades de Autogestão, Cooperativas Médicas, Medicina de Grupo e Seguradoras Especializadas em Saúde no período de 2008 a 2014.

Por meio dos índices calculados, foram selecionadas 22 empresas que possuíam mais de dois indicadores de desempenho com resultados favoráveis. Simultaneamente, foram realizadas análises do IDSS dessas empresas selecionadas, e constatou-se que nenhuma dessas empresas apresentava resultado inferior a 0,6. As empresas com índices superiores a este valor são consideradas empresas positivas. Foi verificado que os indicadores de desempenho econômico – financeira, exercem bastante influência no resultado do IDSS.

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Qualificação das Operadoras. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

_____. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, dezembro de 2014.

_____. Atlas Econômico – Financeiro da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, dezembro de 2014.

_____. Resolução de Diretoria Colegiada Nº 77 que Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 17 de julho de 2001.

_____. Resolução Normativa nº 14, que dispõe sobre a Margem de Solvência das Sociedades Seguradoras Especializadas em Saúde e altera a RDC nº 77, de 17 de julho de 2001. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 24 de outubro de 2002.

_____. Resolução Normativa nº 139, que Institui o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 24 de novembro de 2006.

_____. Resolução Normativa nº 137, que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar, 14 de novembro de 2006a.

_____. Resolução Normativa nº 160, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 3 de julho de 2007.

_____. Resolução Normativa nº 209, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 22 de dezembro de 2009a.

_____. Resolução Normativa nº 227, que dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos / Sinistros

a Liquidar e altera a Resolução Normativa nº 209, de 22 de dezembro de 2009. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 19 de agosto de 2010b. 82

_____. Resolução Normativa nº 243, que altera as Resoluções Normativas – RN’s nº 173, de 10 de julho de 2008, nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e nº 227, de 19 de agosto de 2010. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 16 de dezembro de 2010c.

_____. Resolução Normativa nº 196, que Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 27 de outubro de 2000.

_____. Resolução Normativa nº 274, estabelece tratamento diferenciado para pequenas e médias operadoras de planos privados de assistência à saúde; dispõe sobre novas regras regulatórias aplicáveis a todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde; altera as Resoluções Normativas - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, RN nº 159, de 3 de julho de 2007, RN nº 171, de 29 de abril de 2008, RN nº 172, de 8 de julho de 2008, RN nº 173, de 10 de julho de 2008, RN nº 205, de 8 de outubro de 2009, RN nº 206, de 2 de dezembro de 2009, RN nº 209, de 2 de dezembro de 2010, RN nº 227, de 19 de agosto de 2010; e altera a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - IN/DIPRO nº 13, de 21 de julho. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 20 de outubro de 2011.

_____. 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 União, 28 de janeiro, 2000a.

CAMPOS, Carla da Costa. Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004. 186 p.

CORRÊA, Henrique Luiz; CORRÊA, Carlos Alberto. Administração de produção e operações. Manufatura e serviços: uma abordagem estratégica. Atlas: São Paulo, 1.edição. 2. reimpr. São Paulo: Editora Atlas, 2006.

DAVIS, Frank Stephen. Qualidade total em saúde. São Paulo: Editora STS, 1994, 216 p.

FLORES, Joubert; KARDEC, Alan; SEIXAS, Eduardo. Gestão Estratégica e indicadores de desempenho. Rio de Janeiro: Quality Mark, 2002, 98 p.

GONÇALVES, Antonio Augusto. Gestão de operações em serviços de saúde. In: Anais do IX Simpósio de administração da Produção, Logística e Operações internacionais (SIMPOI 2006). São Paulo: FGV-EAESP, 2006.

KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. The balanced scorecard. Boston: Harvard Business School, 1996.

MALIK, A.M.; VELOSO, G.G. Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. RAE-eletrônica, v. 9, n. 1, 2010.

MATARAZZO, D. C. Análise Financeira de Balanços: abordagem básica e gerencial. São Paulo: Atlas, 2010. 372 p.

TAVARES, M. Estatística aplicada a Administração. EaD - UFSC, 2007. 142 p.