



Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FACE)
Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais (CCA)
Bacharelado em Ciências Contábeis

Lorena Rezende do Prado

**RELAÇÃO ENTRE A SITUAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA E A
SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE
SAÚDE BRASILEIRAS**

Brasília - DF

2016

Professor Ivan Marques de Toledo Camargo
Reitor da Universidade de Brasília

Professor Doutor Mauro Luiz Rabelo
Decano de Ensino de Graduação

Professor Doutor Jaime Martins de Santana
Decano de Pesquisa e Pós-graduação

Professor Doutor Roberto de Goés Ellery Júnior
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Professor Doutor José Antônio de França
Chefe do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais

Professor Doutor Rodrigo de Souza Gonçalves
Coordenador de Pós-graduação em Ciências Contábeis

Professor Doutor Jomar Miranda Rodrigues
Coordenador de Graduação do curso de Ciências Contábeis – Diurno

Professor Mestre Elivânio Geraldo de Andrade
Coordenador de Graduação do curso de Ciências Contábeis – Noturno

LORENA REZENDE DO PRADO

**RELAÇÃO ENTRE A SITUAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA E A
SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE
SAÚDE BRASILEIRAS**

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia)
apresentado ao Departamento de Ciências
Contábeis e Atuariais da Universidade de
Brasília, como requisito para conclusão do
curso de bacharelado em Ciências Contábeis.

Orientador (a): Prof. Doutor Marcelo
Driemeyer Wilbert

Linha de pesquisa: Contabilidade para Tomada
de Decisão.

Área: Outros

Brasília - DF

2016

PRADO, Lorena Rezende

Relação entre a situação econômico-financeira e a satisfação dos beneficiários das operadoras de planos de saúde brasileiras.

Lorena Rezende do Prado; Orientação: Marcelo Driemeyer Wilbert – Brasília, Universidade de Brasília, 2016, 67 p.

Orientação: Prof. Doutor Marcelo Driemeyer Wilbert.

Trabalho de Conclusão de curso (Monografia) – Ciências Contábeis – Brasília, Universidade de Brasília, 2º semestre, 2016.

Palavras-chave: Saúde Suplementar; Satisfação do beneficiário; Indicadores econômico-financeiros; Eficiência.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus e a Virgem Maria, que me deram coragem e discernimento para tomar as decisões corretas.

Aos meus pais, Edna e José, pelo carinho, incentivo e amor que me deveram por toda vida.

A minha avó Antônia, por sempre acreditar no meu potencial e ensinar nossa família que a melhor maneira de vencer na vida é pelo estudo.

A tia Gisele, que foi minha para inspiração para cursar Ciências Contábeis.

Aos meus animais de estimação, que independentemente da situação, são a luz dos meus olhos.

Ao Tadeu, que de forma especial e carinhosa me deu forças e me apoiou nos momentos difíceis.

Ao meu orientador, Professor Marcelo Driemeyer Wilbert, pela dedicação, paciência e orientações na construção e finalização desse trabalho.

A todos meus colegas de curso, em especial a Thianne, pelo companheirismo, motivação, e pela amizade, que sei que será para vida toda.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Campo regulatório da ANS.
- Figura 2 Visão geral da elaboração do IDSS.
- Figura 3 Fronteira de Eficiência.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Ponderação das dimensões do IDSS (Brasil – 2006 a 2014).
- Tabela 2 Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial, segundo tipo de contratação do plano (Brasil – março/2016).
- Tabela 3 Receitas e despesas de assistência à saúde das operadoras de planos privados de saúde (Brasil – 2008 a 2015).
- Tabela 4 Operadoras por faixa de IDSS, segundo a segmentação assistencial (Brasil - 2009 – 2014).
- Tabela 5 Estatística descritiva para os indicadores de desempenho (Brasil – 2014).
- Tabela 6 Estatística descritiva, por segmentação, para os indicadores de desempenho (Brasil – 2014).
- Tabela 7 Estatística descritiva para os indicadores econômico-financeiros (Brasil – 2014).
- Tabela 8 Estatística descritiva, por segmentação, para os indicadores econômico-financeiros (Brasil – 2014).
- Tabela 9 Estatística descritiva para os indicadores de satisfação (Brasil – 2014).
- Tabela 10 Análise de Correlação entre Indicadores Financeiros e de Satisfação do Cliente (Brasil – 2014).
- Tabela 11 Operadoras menos eficientes (Brasil – 2014)
- Tabela 12 Distribuição dos índices de eficiência (Brasil – 2014).
- Tabela 13 Distribuição dos índices de eficiência, por modalidade, do segmento médico-hospitalar (Brasil – 2014).
- Tabela 14 Distribuição dos índices de eficiência, por modalidade, do segmento exclusivamente odontológico (Brasil – 2014).

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Modalidades das Operadoras de Planos de Saúde.
Quadro 2	Indicadores do IDEF.
Quadro 3	Indicadores do IDSB.
Quadro 4	Mudanças de Indicadores – IDSS 2016 (ano-base 2015).
Quadro 5	Domínios avaliados pelo PM-QUALISS.
Quadro 6	Quadro-resumo de Indicadores de Estrutura de Capital.
Quadro 7	Quadro-resumo de Indicadores de Liquidez.
Quadro 8	Quadro-resumo de Indicadores de Rentabilidade.
Quadro 9	Dados de qualidade utilizados.
Quadro 10	Dados econômico-financeiros utilizados.
Quadro 11	Variáveis para análise de eficiência.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 Operadoras de planos de saúde com beneficiários (Brasil – dez/1999 a mar/2016).
- Gráfico 2 Beneficiários de operadoras de planos de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil – dez/2000 a mar/2016).
- Gráfico 3 Beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares por modalidade da operadora (Brasil – mar/2011 a mar/2016).
- Gráfico 4 Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por localização (Brasil – mar/2010 a mar/2016).
- Gráfico 5 Evolução dos indicadores de desempenho (Brasil – 2011 a 2014).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Ativo Circulante
AClíquidos	Ativo Circulantes de Alta Liquidez
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AT	Ativo Total
BCC	<i>Banker, Charnes e Cooper</i>
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CCR	<i>Charnes, Cooper e Rhodes</i>
CE	Contraprestações Efetivas
CEnd	Composição do Endividamento
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CRS	<i>Constant Returns to Scale</i> (Retornos Constantes de Escala)
CT	Participação de Capital de Terceiros
DEA	<i>Data Envelopment Analysis</i> (Análise Envoltória de Dados)
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
DM	Índice de Despesas Assistenciais (ou Despesas Médicas)
EIL	Eventos Indenizáveis Líquidos
ELP	Passivo Exigível a Longo Prazo
GA	Giro do Ativo
IAPs	Institutos de Aposentadoras e Pensões
IDAS	Indicadores da Dimensão de Atenção à Saúde
IDSB	Indicadores de Dimensão Satisfação do Beneficiário
IDEF	Indicadores da Dimensão Econômico-Financeira
IDEO	Indicadores da Dimensão Estrutura e Operação
IDGA	Indicadores de Dimensão Garantia de Acesso
IDGR	Indicadores de Dimensão Gestão de Processos e Regulação
IDQS	Indicadores da Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde
IDSM	Indicadores de Dimensão Sustentabilidade de Mercado
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
Imob	Imobilizados
ImobPL	Imobilização do Patrimônio Líquido

INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEONA	Indicador de Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados
IR	Índice de Reclamações
LAJIDA	Lucros Antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização
LC	Liquidez Corrente
LG	Liquidez Geral
LS	Liquidez Seca
MB	Margem Bruta
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
PC	Passivo Circulante
PL	Patrimônio Líquido
PM-QUALISS	Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde
PNAD98	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 1998
PQSS	Programa de Qualificação da Saúde Suplementar
PROCON	Fundação de Defesa e Proteção do Consumidor
PT	Passivo Total
QUALISS	Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar
RA	Retorno sobre Ativo
RB	Resultado Bruto
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RH	Recursos Humanos
RL	Resultado Líquido
RN	Resolução Normativa
RLP	Ativo Realizável a Longo Prazo
ROE	<i>Return On Equity</i> (Retorno sobre Patrimônio Líquido)
SUS	Sistema único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
V	Vendas Líquidas
VRS	<i>Variable Returns to Scale</i> (Retorno Variáveis de Escala)

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo verificar a relação entre a satisfação dos beneficiários e a situação econômico-financeira das operadoras de planos de saúde (OPS) brasileiras. Foram analisados os Indicadores da Dimensão da Satisfação do Beneficiário (IDSB) e alguns indicadores econômico-financeiros tradicionais na literatura – Retorno sobre Patrimônio Líquido (ROE), Margem Bruta (MB), Liquidez Corrente (LC) e Participação de Capital de Terceiros (CT) –, para o ano de 2014. Para alcançar o objetivo proposto foram realizadas Estatísticas Descritivas e aplicou-se a técnica de Análise Envoltória de Dados – DEA. Os principais resultados mostram que, em média, as OPS tiveram como Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e no seu componente IDSB, os valores 0,7190 e 0,8122, respectivamente. Quanto aos indicadores econômico-financeiros, houve desvio padrão alto para todas as variáveis, e as médias foram 2,47 de LC, -1,65 de ROE, 0,61 de MB e 3,11 de CT. A análise de eficiência constatou que 71 operadoras de planos de saúde podem ser consideradas eficientes na geração de satisfação em seus beneficiários, dada a situação econômico-financeira do período (2014), pois obtiveram índice igual a 1. Observa-se que 65,4% das operadoras obtiveram índices de eficiência no intervalo $0,80 \leq x \leq 1$. As três operadoras menos eficientes apresentaram índices $\leq 0,20$. Foi constatado que as modalidades que OPS que apresentam maior eficiência, são as do segmento exclusivamente odontológico. O índice de eficiência foi comparado ainda com as médias dos indicadores econômico-financeiros e conclui-se que as operadoras que possuem maior satisfação de seus beneficiários, não são as que apresentam melhores situações econômico-financeiras médias, considerando os indicadores escolhidos.

Palavras-chave: Saúde Suplementar; Satisfação do beneficiário; Indicadores econômico-financeiros; Eficiência.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Problema	13
1.2 Objetivo Geral	14
1.2.1 Objetivos Específicos	14
1.3 Justificativa	14
1.4 Divisão do Trabalho	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 Caracterização e Histórico do Setor de Saúde Suplementar	15
2.2 Qualidade na Saúde Suplementar	20
2.3 Indicadores Econômico-Financeiros	24
2.4 Revisão de Estudos Aplicados	27
3. METODOLOGIA	31
3.1 Dados	31
3.2 Análise de Eficiência	34
3.2.1 Análise Envoltória de Dados	34
3.2.2 Dados.....	37
4. RESULTADOS	38
4.1 Números do Setor de Saúde Suplementar.....	38
4.2 Estatística Descritiva - Análise dos Indicadores de 2014.....	43
4.3 Estatística Descritiva - Análise de Correlação Linear	48
4.4 Análise de Eficiência	48
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE	64

1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde é exercida fundamentalmente no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e deveria garantir a saúde nos termos de igualdade, segundo a Constituição Federal de 1998 (BRASIL, 1988). Entretanto, o setor público vem continuamente expondo sua incapacidade, que, submetidas a constantes críticas e inequívocos exemplos de ineficiência, serviram como grande atrativo para os planos de saúde privados ampliarem sua atuação no mercado brasileiro (PIETROBON, PRADO E CAETANO, 2008).

O setor de saúde suplementar existe a mais de 70 anos e a expansão dele nas últimas décadas foi significativa (CARVALHO E CECILIO, 2007; MALTA et al., 2004). Em 1996 operavam no setor 1660 empresas, com aproximadamente 40 milhões de beneficiários vinculados (CARVALHO E CECILIO, 2007). Na década de 90, entre as cinco primeiras causas de reclamação nas Fundações de Defesa e Proteção do Consumidor (PROCON) estavam as queixas sobre planos e seguros de saúde (CARVALHO E CELICIO, 2007).

Dados os conflitos no setor e o alto número de beneficiários, colocou-se na agenda governamental a necessidade do estabelecimento de um ordenamento jurídico legal para o setor, que incorporasse a regulamentação desse mercado privado e a definição das suas responsabilidades (MALTA et al., 2004). Essa regulamentação iniciou-se em 1998, mediante a Lei 9.656/98 e aprofundou-se com a Lei 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (MALTA et al., 2004).

Malta et al. (2004) identificam três ênfases na atuação da ANS: a) a regulação financeira das operadoras; b) o direito dos consumidores, contratos e relações de consumo; e c) nos produtos, visando ao controle do preço da assistência à saúde (MALTA et al. 2004).

Buscando melhorar os inúmeros conflitos existentes entre médico/usuário/operadora, foi criado em 2006 o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS) (BRASIL, 2006b, 2010), que quantifica a qualidade de uma operadora de plano de saúde. O resultado do programa é mensurado através do Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS), que engloba as dimensões de acesso à saúde, situação econômico-financeira, estrutura e operação e satisfação do beneficiário (BRASIL, 2006b).

1.1 Problema

Dada a importância da saúde suplementar, que em março de 2016, tinha mais de 70 milhões de beneficiários cadastrados (BRASIL, 2016c) e o aumento significativo da

concorrência entre as operadoras, a qualidade na prestação dos serviços, na opinião do beneficiário, é fator relevante para a continuidade da empresa (SOARES, 2006).

Assim, a questão deste estudo é identificar se há uma relação entre a situação econômico-financeira e a qualidade dos serviços prestados nesse setor, por meio da satisfação dos beneficiários.

1.2 Objetivo Geral

O objetivo geral do trabalho é analisar se há uma relação entre a satisfação dos beneficiários das operadoras de planos de saúde brasileiras e a situação econômico-financeira dela.

1.2.1 Objetivos Específicos

Para atingir o objetivo geral do estudo, faz-se necessário atingir os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a Saúde Suplementar e seus programas de qualificação;
- Caracterizar os indicadores econômico-financeiros;
- Apresentar estudos aplicados ao setor de Saúde Suplementar;
- Apresentar os números do setor e realizar uma análise de estatística descritiva e de eficiência, para o ano de 2014

1.3 Justificativa

Deste modo a presente pesquisa se justifica por contribuir a revelar se uma situação econômico-financeira melhor, dentro do setor de Saúde Suplementar brasileiro, leva a uma melhor prestação de serviços e, conseqüentemente, a maior satisfação do beneficiário. O teste será realizado através da uma Análise de Eficiência, através da Análise Envoltória de Dados (DEA).

1.4 Divisão do Trabalho

Esse estudo é dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo é composto pela introdução, que apresenta o problema, questão, objetivos e justificativa da pesquisa. O segundo capítulo inclui o referencial teórico, que embasa todo o estudo realizado. O terceiro capítulo

trata da metodologia utilizada na pesquisa e são apresentados os dados das análises descritivas e de eficiência. E no quinto e último capítulo apresentam-se as considerações finais e as sugestões para pesquisas futuras.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste referencial teórico será abordada a evolução histórica e a caracterização do sistema de saúde suplementar brasileiro, bem como seus indicadores de qualidade. Serão apresentados também os indicadores econômico-financeiros tradicionais na literatura e alguns estudos aplicados ao setor de Saúde Suplementar.

2.1 Caracterização e Histórico do Setor de Saúde Suplementar

O direito universal à saúde foi inserido na Constituição Federal de 1988, sendo realizado através do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi garantido à iniciativa privada a participação para complementar e suplementar a assistência à saúde, através dos planos de saúde e dos serviços de particulares autônomos (BRASIL, 1988). Antes disso, o sistema de saúde brasileiro era caracterizado pela livre atuação do público e do privado, em relação ao oferecimento de serviços e formas de financiamento (SALVATORI E VENTURA, 2012).

A saúde complementar é o conjunto de serviços e ações de saúde realizados pela iniciativa privada, de preferência filantrópicas e sem fins lucrativos (BRASIL, 1988). Em virtude de uma relação jurídica específica, concretizada por meio de contratos ou convênios firmados entre o público e o privado, as ações e serviços são considerados públicos. O sistema privado, nesse caso, complementa a cobertura de determinados serviços quando há limitações no sistema de saúde público (SALVATORI E VENTURA, 2012). Essa relação é balizada pelo artigo 199, parágrafo primeiro, da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e pela Lei 8.080 de 1990, artigos 24 a 26 (BRASIL, 1990).

Por sua vez, a saúde suplementar é realizada exclusivamente por pessoas jurídicas de direito privado. As ações e serviços de saúde são realizados por meio das Operadoras de Planos de Saúde (OPS) (BRASIL, 1998).

A saúde suplementar começou a crescer e se estruturar no Brasil a partir da década de 40 (PIETROBON, PRADO E CAETADO, 2008). Isso se deu com o surgimento dos Institutos de Aposentadoras e Pensões (IAPs), que, entre outras funções, compravam as prestações de

serviços de saúde a trabalhadores urbanos – e que posteriormente foram unificadas formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – e as Caixas de Assistência, que ressarciam funcionários de algumas empresas pela utilização do sistema de saúde que não o da previdência social (PIETROBON, PRADO E CAETADO, 2008). Considera-se o plano de saúde mais antigo em vigor o CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil -, criado em 1944 (BRASIL, 2016a).

Na década de 90, em função da baixa qualidade dos serviços de saúde pública, houve um aumento significativo de adesões a planos de saúde privados (MALTA et al., 2004). Essa expansão foi acompanhada do aumento de distúrbios entre a relação usuário *versus* operadora (SATO, 2007). As queixas referentes a planos e seguros de saúde estavam em quinto lugar na classificação da Fundação de Defesa e Proteção do Consumidor (PROCON), retratando a necessidade da criação de uma regulamentação específica, considerando que as seguradoras e planos de saúde eram regulamentadas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e, como outras prestações de serviços, pelo Código de Defesa do Consumidor (CARVALHO E CECÍLIO, 2007).

O primeiro instrumento legal que dispunha sobre a comercialização de planos e seguros de saúde foi o Decreto-Lei nº 73 de 1966 (BAHIA, 2001). Sato (2007), acrescenta que em 1993 tramitou-se no Senado Federal projetos propondo a regulamentação da saúde suplementar (SATO, 2007). Em 1997, foi formada uma comissão para tratar da regulamentação e em 1998 o Estado interviu, de fato, no setor de saúde suplementar com a criação da Lei 9.565/98, introduzindo novas pautas de mercado, como a ampliação da cobertura assistencial e o controle de preços pelo governo (BRASIL, 1998). Essa lei foi complementada pela Lei 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (BRASIL, 2000a).

A Lei 9.656/98 traz a definição de Operadoras de Planos de Saúde, no seu artigo 1º como a pessoa jurídica que realiza serviços ou cobertura de custos, de caráter continuado, com valores pré ou pós combinados, tendo como finalidade garantir a assistência à saúde (BRASIL, 1998). Elas são subordinadas a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – que por sua vez é subordinada ao Ministério da Saúde –, regulamentada em 2000, pela Lei 9.961, sendo ela:

Responsável por normatizar, controlar e fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, garantindo a qualidade da prestação dos serviços prestados, zelando ao mesmo tempo pela sustentabilidade econômica e financeira do setor de Saúde Suplementar, por meio das ações coletivas (BRASIL, 2000a).

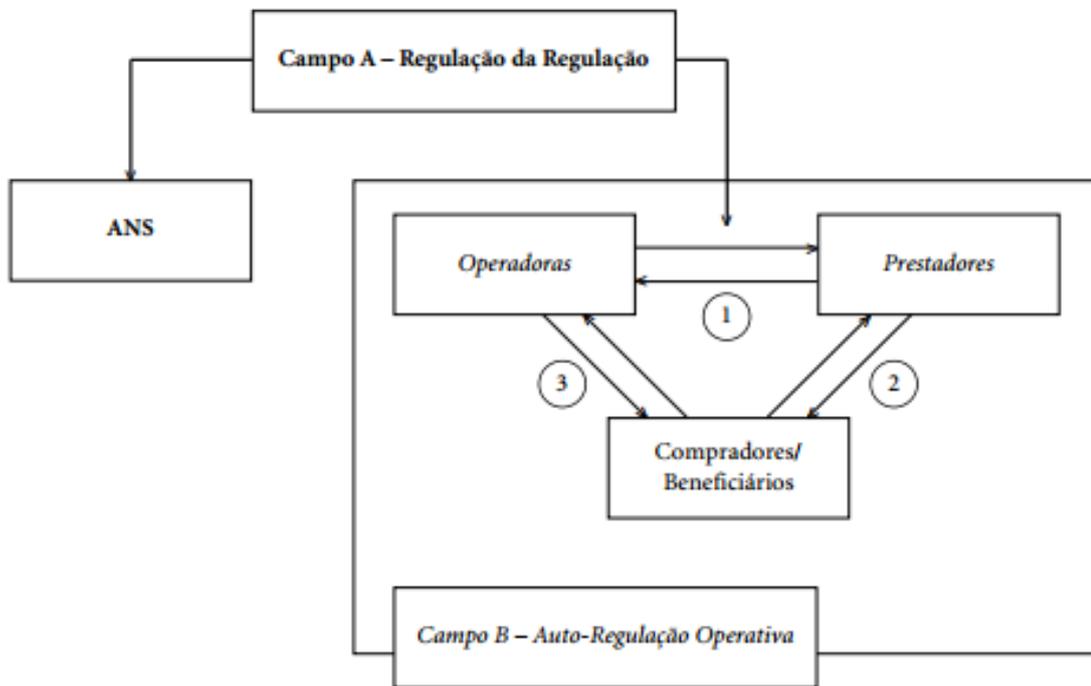
A regulação assistencial inserida pela normatização, se revelou apropriada no sentido da indução de novas práticas assistenciais, valorizando a promoção a saúde e introduzindo mecanismos de avaliação de qualidade (SANTOS, MALTA E MERHY, 2008). Entre os benefícios trazidos pela regulamentação tem-se a proibição do rompimento unilateral do contrato e da limitação quantitativa para realização de procedimentos, a garantia de internação sem limite de dias e a obrigatoriedade de atendimento para todas as doenças relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID) (SALVATORI E VENTURA, 2012).

Para supervisionar e acompanhar as ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar, foi criado o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001, na Lei 9.565/98 (BRASIL, 1998). Além de supervisionar a ANS, o conselho tem competência para: fixar diretrizes gerais, estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor, aprovar o contrato de gestão da ANS, acompanhar funcionamento da ANS e deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões (BRASIL, 1998).

Segundo Malta et al. (2004), o processo de regulação existente na saúde suplementar pode ser dividido em dois campos, o da macrorregulação e o da autorregulação (MALTA et al., 2004). O primeiro é constituído, pela legislação e regulamentação – leis 9.656/98 e 9.961/2000, as resoluções normativas, operacionais, instruções, dentre outras. A autorregulação é a forma de regulação (contratos) que se estabelece entre operadoras, prestadores e beneficiários, conforme a Figura 1 – a relação 1 é entre as operadoras de saúde e os prestadores de serviços, a relação 2 é a estabelecida pelos prestadores e os beneficiários e a 3 é a relação entre as operadoras e os compradores (BRASIL, 2005).

Considerando o peso que o gasto com cuidado à saúde tem no orçamento familiar brasileiro, o estado se preocupa com a regulação da saúde suplementar e visa o desenvolvimento de sistemas de acompanhamento (BRASIL, 2002). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 1998 (PNAD98) as despesas com saúde eram de 9% do total do consumo (SILVEIRA E VENTURA, 2002).

Figura 1 – Campo regulatório da ANS.



Fonte: Brasil (2005).

As operadoras de planos de saúde são segmentadas em dois tipos de assistência à saúde prestado (cobertura assistencial) (BRASIL, 2000b). Segundo a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 39 da ANS, de 2000, são elas: médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica – que abrangem procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, atendimento de urgência ou emergência – e exclusivamente odontológicas (BRASIL, 2000b). A cobertura mínima em cada segmentação assistencial é estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que é revisado a cada dois anos (BRASIL, 2016b).

As OPS também são segregadas em modalidades: administradora, cooperativa médica, cooperativa odontológica, autogestão, medicina em grupo, odontologia em grupo e filantropia (BRASIL, 2000b), como especificadas no Quadro 1, segundo as resoluções da ANS correspondentes. Após a criação das leis 9.565/98 (BRASIL, 1998) e 9.961/00 (BRASIL, 2000) as seguradoras especializadas em saúde se enquadram como operadoras de planos de saúde, para adaptar as operações aos requisitos legais, através da Lei 10.185/01 (BRASIL, 2001).

As operadoras da modalidade de autogestão se subdividem em três grupos: autogestão sem ou com mantenedora e autogestão por Recursos Humanos (RH) (BRASIL, 2013). Aquelas sem mantedoras, a própria operadora é responsável por constituir as garantias financeiras exigidas pela ANS. Por outro lado, as OPS com mantenedora, a mantenedora é responsável por essas garantias, bem como responsável subsidiária por quaisquer débitos que por ventura a

operadora possa vir a possuir e não estejam alcançados nas garantias exigidas pela ANS (BRASIL, 2013). Já as operadoras de Autogestão por RH são aquelas que o oferecimento de planos de assistência à saúde é feito pela empresa, exclusivamente aos seus funcionários e dependentes, como um benefício (BRASIL, 2013).

Quadro 1 – Modalidades das Operadoras de Planos de Saúde.

Modalidade	Regulação	Definição
Administradora	Resolução Normativa nº 196/2009, artigo 1º	Pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos: reunião de pessoas jurídicas contratantes; contratar planos coletivos, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar; oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes e/ou apoio técnico na discussão de aspectos operacionais.
Cooperativa Médica	Resolução da Diretoria Colegiada nº 39/2000, artigo 12	Sociedades de pessoas sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.
Cooperativa Odontológica	Resolução da Diretoria Colegiada nº 39/2000, artigo 13	Sociedades de pessoas sem fins lucrativos que operam exclusivamente Planos Odontológicos.
Autogestão	Resolução Normativa nº 137/2006, artigo 2º	Pessoa jurídica de direito privado que oferece planos de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas, que obrigatoriamente devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com a empresa instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora de planos de assistência à saúde.
Medicina de Grupo	Resolução da Diretoria Colegiada nº 39/2000, artigo 15	Empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, exceto as modalidades de administradora, cooperativa médica, autogestão ou instituição filantrópica.
Odontologia de Grupo	Resolução da Diretoria Colegiada nº 39/2000, artigo 15	Empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, exceto a modalidade de Cooperativa Odontológica.
Filantropia	Resolução da Diretoria Colegiada nº 39/2000, artigo 17	Entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.
Seguradoras Especializadas em Saúde	Lei 10.185/2001, artigo 1º	Entidades com fins lucrativos, que comercializam seguros de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse serviço.

Fonte: Elaboração Própria

Os planos de saúde podem ser aderidos mediante contrato coletivo, coletivo empresarial, individual ou familiar ou coletivo por adesão. Os contratos coletivos são firmados por pessoa jurídica para atender a massa populacional a ela vinculada, sendo opcional ou não (BRASIL, 2009). O termo beneficiário refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo (BRASIL, 2012a).

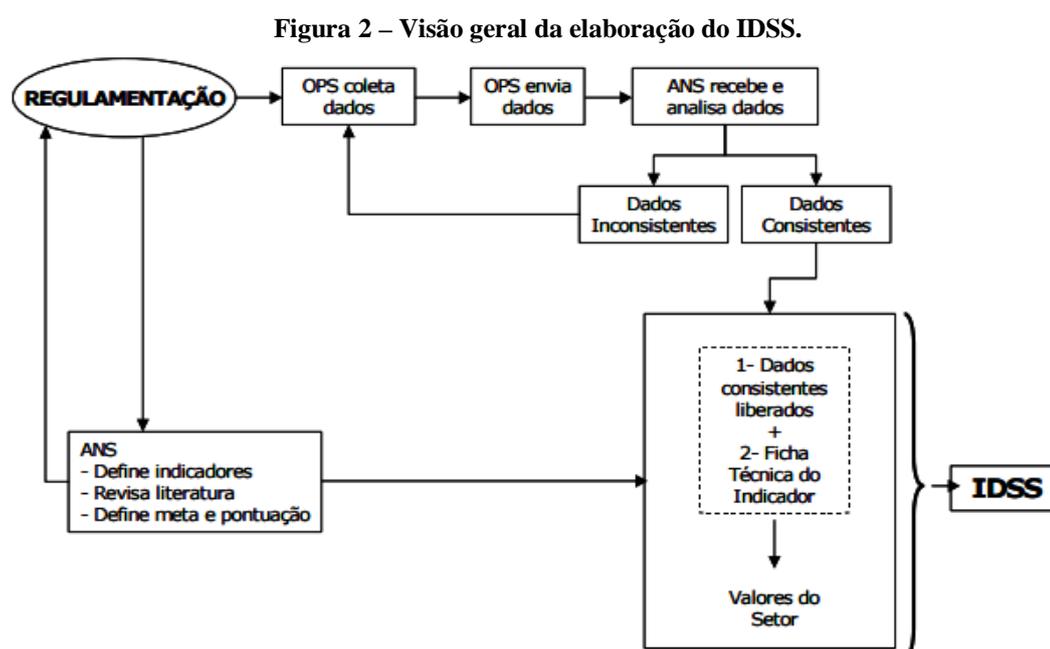
Para a ANS:

[...] apesar dos inúmeros conflitos existentes entre os diversos atores sociais componentes do setor, existe um local de encontro no qual esses interesses podem dialogar. Esse local é o da qualificação do setor da saúde suplementar (BRASIL, 2010)

2.2 Qualidade na Saúde Suplementar

Por meio da Resolução Normativa (RN) da ANS nº 139 de 2006, instituiu-se o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS) cujo interesse principal é a produção de saúde, com a realização de promoção à saúde e prevenção de doenças com qualidade, integridade e resolutividade (BRASIL, 2006b). A qualidade, aqui, pode ser traduzida em um conjunto de iniciativas que buscam a qualificação das relações contratuais e regulatórias e a satisfação dos beneficiários (SILVA JÚNIOR et al., 2008). Através de indicadores divulgados, o programa oferece ao consumidor maior transparência sobre o setor e parâmetros de qualidade para auxiliar na tomada de decisão de qual operadora contratar, além de estimular a concorrência (BRASIL, 2014).

Os resultados são quantificados através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), com avaliação anual e retroativa. O IDSS varia de 0 a 1, sendo 1 a melhor nota. Os dados usados para o cálculo do indicador são enviados à ANS pelas operadoras de planos de saúde, via sistema. (BRASIL, 2015a). A Figura 2 resume o processo de elaboração do IDSS.



Fonte: Brasil (2010).

O IDSS é segregado em indicadores, definidos pela própria agência, que são agregados em quatro dimensões. Até 2014 essas dimensões foram: Atenção à Saúde (IDAS), Econômico-financeira (IDEF), Estrutura e Operação (IDEO) e Satisfação do Beneficiário (IDSB) (BRASIL, 2015a). As ponderações dos indicadores, definidas pela RN da ANS nº 139 de 2006 e posteriormente alteradas pela RN nº 282 de 2011 (BRASIL, 2006b), são mostrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Ponderação das dimensões do IDSS (Brasil – 2006 a 2014)

Período	IDAS	IDEF	IDEO	IDSB
De 2006 a 2011	50%	30%	10%	10%
De 2012 a 2014	40%	20%	20%	20%

Fonte: elaboração própria com base em Brasil (2006b).

A dimensão Atenção à Saúde avalia aspectos de acesso e qualidade da atenção à saúde, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada aos beneficiários (BRASIL, 2015a). A dimensão Estrutura e Operação avalia as condições da oferta de rede de consultórios, hospitais, ambulatorios, laboratórios e centros de diagnósticos oferecidos pelas OPS. Avalia também o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS (BRASIL, 2015a). Os indicadores usados em cada dimensão e seus respectivos pesos são apresentados no Quadro A1, no apêndice deste trabalho.

A Dimensão Econômico-Financeira (IDEF) acompanha o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde sob o ponto de vista das condições de liquidez e solvência, para ter condições de manter um atendimento contínuo e de qualidade (BRASIL, 2015a). O cálculo do indicador é feito através de quatro indicadores conforme o Quadro 2, elaborado com base na ficha técnica dos indicadores do programa de qualificação da saúde, disponível na página eletrônica da ANS (BRASIL, 2015b).

As operadoras da modalidade Autogestão com e sem mantenedora (tratadas como apenas Autogestão), as Cooperativas Odontológicas e as Odontologias em Grupo com menos de 20.000 beneficiários no final no exercício anterior, não são avaliadas no Indicador de Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados (IPEONA) (BRASIL, 2015b).

As autogestões por RH são dispensadas do envio dos quadros econômico-financeiros do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS) (BRASIL, 2015h).

Quadro 2 – Indicadores do IDEF.

Indicador	Definição	Peso
Patrimônio Líquido Ajustado por Margem de Solvência	Suficiência de Patrimônio Líquido Ajustado conforme a Instrução Normativa DIOPE (Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras) – nº 50, de novembro de 2012, para cobertura de 100% da Margem de Solvência, apurada conforme Resolução Normativa n.º 209, de dezembro de 2009.	2
Liquidez Corrente	Quanto existe de ativo circulante para cada unidade monetária de dívida a curto prazo.	1
Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados	Contabilização adequada da Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados, conforme Resolução Normativa n.º 209, de dezembro de 2009.	1
Suficiência de Ativos Garantidores Vinculados	Suficiência de ativos garantidores vinculados de cada operadora ao final de cada trimestre. No caso das operadoras enquadradas no art.6º-A da Resolução Normativa n.º 227, de 2010, é analisada a suficiência de lastro de ativos garantidores para as provisões técnicas.	2

Fonte: Elaboração própria com base em Brasil (2015b) e Brasil (2015f).

Por fim, a dimensão Satisfação dos Beneficiários acompanha as reclamações recebidas pela ANS, o nível de permanência dos beneficiários e mede a gravidade das infrações à legislação cometidas por parte das operadoras de planos de saúde (BRASIL, 2015a). Dos 3 indicadores utilizados o de maior peso é o índice de reclamações, como mostra o Quadro 3 (BRASIL, 2015b).

Quadro 3 – Indicadores do IDSB.

Indicador	Método de Cálculo	Peso
Proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano	Nº de beneficiários que ingressaram no biênio anterior ao ano base e desistiram no primeiro ano de contrato dividido pelo Total de beneficiários que ingressaram no biênio anterior ao ano base.	1
Sanção pecuniária em primeira instância	Somatório das multas julgadas em primeira instância de uma operadora, no período analisado.	1
Índice de Reclamações	Média mensal de reclamações contra a operadora no ano base dividido pela Média mensal de beneficiários ativos da operadora, no ano base multiplicado por 10.000.	3

Fonte: Elaboração própria com base em Brasil (2015b) e Brasil (2015f).

O Índice de Reclamações (IR) é formado a partir das queixas registradas por consumidores, pelo canal de atendimento da ANS e pelo modo como a operadora age diante dessa demanda (BRASIL, 2016e). Até fevereiro de 2015 a metodologia de cálculo do IR era apenas o número médio de reclamações nos seis meses anteriores para cada 10.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado (BRASIL, 2012b).

O indicador Proporção de Beneficiários com Desistência no Primeiro Ano, pertencente ao IDSB, visa estimular a operadora a conhecer os motivos de desligamento dos beneficiários dos seus planos de saúde, de modo que possam intervir, visando à permanência destes na operadora (BRASIL, 2015b). O indicador Sanção Pecuniária em Primeira Instância, da mesma

dimensão, é usado para medir a gravidade das infrações à legislação cometidas pelas OPS e as estimularem a cumprirem da legislação do setor (BRASIL, 2015b).

Buscando melhorias para o programa de qualificação, foram realizadas mudanças nos indicadores e nas dimensões, para torna-los mais próximo da realidade da saúde suplementar (BRASIL, 2015c). Através da RN da ANS nº 386, de outubro de 2015, as quatro dimensões passam a ser: qualidade em atenção à saúde (IDQS), garantia de acesso (IDGA), sustentabilidade de mercado (IDSM) e gestão de processos e regulação (IDGR) (BRASIL, 2015d). As quatro dimensões possuem o peso de 25% para o resultado do IDSS (BRASIL, 2015d). As mudanças foram realizadas nas fichas de 5 indicadores, conforme o Quadro 4:

Quadro 4 – Mudanças de Indicadores – IDSS 2016 (ano-base 2015)

Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos
Taxa de Citopatologia Cérvico - Vaginal Oncótica
Taxa de Fiscalização
Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar
Programa de Operadora Acreditada

Fonte: Elaboração Própria com base em Brasil (2015e).

Dentro do IDGR, um dos indicadores usados será o Programa de Operadora Acreditada, com peso de 50% na pontuação. O Programa de Acreditação das OPS foi instituído pela RN da ANS nº 277 de 2011, para incentivar a melhoria continuada da qualidade assistencial da saúde suplementar (BRASIL, 2011a). A avaliação é feita através de entidades acreditadoras homologadas pela ANS e habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO) através de uma série de itens, distribuídos em sete dimensões, que avalia o grau de conformidade de cada item quando confrontado com as práticas adotadas pela operadora (BRASIL, 2011a). A acreditação é conferida em 3 níveis, conforme a pontuação atribuída (BRASIL, 2011a).

Por fim, visando estimular também a qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar, foi instituído pela RN da ANS nº 267 de 2011 (revogada pela RN nº 405 de 2016) o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS) (BRASIL, 2011b). Entre os atributos de qualificação desse programa estão a certificação de acreditação, o Certificado de Qualidade Monitorada obtido no Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde (PM-QUALISS), emitido pelas Entidades Colaboradoras e certificados qualidade de outras entidades gestoras (BRASIL, 2016f).

O PM-QUALISS é avaliado em quatro domínios (BRASIL, 2016g), conforme o Quadro 5.

Quadro 5 – Domínios avaliados pelo PM-QUALISS.

Estrutura	Recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência em saúde.
Segurança	Ações ou processos que objetivam a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Efetividade	Grau com que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados.
Centralidade no Paciente	Percepção de satisfação associada ao relato de experiência, escuta atenta, comunicação e envolvimento do paciente nas decisões.

Fonte: elaboração própria com base em Brasil (2016g).

2.3 Indicadores Econômico-Financeiros

A contabilidade registra os eventos econômicos, patrimoniais e financeiros ocorridos em uma entidade, de forma ordenada (SOARES, 2006). A técnica de análise das demonstrações contábeis é um modo de avaliar o desempenho econômico-financeiro de uma empresa, com o objetivo de apresentar aos usuários externos e internos de uma organização as informações que auxiliem no processo de tomada de decisão (SOARES, 2006; BORTOLUZZI et al. 2011).

Essa análise é feita através de indicadores econômico-financeiros. Para Matarazzo (2010, p. 81) um indicador “[...] é a relação entre contas ou grupos de contas das Demonstrações Financeiras, que visa evidenciar determinado aspecto da situação econômica ou financeira de uma empresa” (MATARAZZO, 2010, p. 81). Eles permitem construir um quadro de avaliação da empresa (MATARAZZO, 2010, p. 82).

O uso de indicadores tem como finalidade permitir o analista a verificar tendências e compara-las com padrões previamente estabelecidos (IUDÍCIBUS, 1998, p. 98). A competitividade do mercado tem obrigado as empresas monitorarem seu desempenho, buscando melhorá-lo com o passar o tempo e em relação aos seus concorrentes (SOARES, 2006).

A análise de balanços deve partir do geral para o caso específico: primeiro é feita a análise de indicadores e em seguida aplica-se a análise Vertical ou Horizontal (MATARAZZO, 2010, p. 170). A Análise Horizontal identifica a evolução dos elementos das demonstrações contábeis/financeiras ao longo de determinado período de tempo (MATARAZZO, 2010, p. 172; ASSAF NETO, 1987, p. 147). Por outro lado, a Análise Vertical, complementando a anterior, permite conhecer a participação percentual de cada conta em relação a um valor-base (MATARAZZO, 2010, p. 170; ASSAF NETO, 1987, p. 147).

De acordo com Matarazzo (2010, p. 84) os grupos de indicadores mais utilizados para avaliar empresas são os relacionados a Estrutura de Capital, Liquidez e Rentabilidade

(MATARAZZO, 2010, p. 84). Sendo os dois primeiros indicadores da situação financeira e o último da situação econômica (MATARAZZO, 2010, p. 84).

Os indicadores de estrutura revelam as linhas de decisões financeiras, em relação a obtenção e aplicação de recursos (MATARAZZO, 2010, p. 87). Através desses indicadores descobre-se o nível de endividamento da empresa em relação a terceiros e seus respectivos prazos de vencimento, o nível de uso de capital de proprietários e a aplicação desses capitais (MATARAZZO, 2010, p. 87-98). O Quadro 6 cita alguns dos indicadores desse tipo.

Quadro 6 – Quadro-resumo dos Índices de Estrutura de Capital.

Indicador	Indica	Fórmula
Participação de Capital de Terceiros - CT	Quanto a empresa tomou de terceiros para cada \$ 1 de recursos próprios.	$CT = \frac{PT}{PL}$
Composição do Endividamento - CEnd	Qual o percentual das obrigações a curto prazo em relação às obrigações totais.	$CT = \frac{PC}{PT}$
Imobilização do Patrimônio Líquido - ImobPL	Quanto a empresa aplicou em Imobilizado para cada \$ 1 de recursos próprios.	$CT = \frac{Imob}{PL}$

Fonte: Elaboração própria com base em Matarazzo (2010, p. 86).

Onde: PT: passivo total; PL: patrimônio líquido; PC: passivo circulante; Imob: imobilizados (ativo não-circulante).

A Participação de Capital de Terceiros (CT), também chamada de Grau de Endividamento, relaciona as duas grandes fontes de recursos de uma empresa (MATARAZZO, 2010, p. 88). É um indicador de risco e de dependência a terceiros, portanto, para avaliá-lo, nessa pesquisa, considera-se quando menor a participação, maior a independência financeira (MATARAZZO, 2010, p. 88).

Para Matarazzo (2010, p. 98) os indicadores de liquidez “[...] mostram a base da situação financeira da empresa” (MATARAZZO, 2010, p. 98). São indicadores que, confrontando recursos de curto prazo com as dívidas, procuram medir a solidez financeira da entidade (MATARAZZO, 2010, p. 99). Os principais indicadores de liquidez e suas interpretações são apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 – Quadro-resumo dos Índices de Liquidez

Indicador	Indica	Fórmula
Liquidez Geral - LG	Quanto a empresa possui de ativos para cada \$ 1 de passivo.	$LG = \frac{AC + RLP}{PC + ELP}$
Liquidez Corrente - LC	Quanto a empresa possui de ativos circulantes para cada \$ 1 de passivo circulante.	$LC = \frac{AC}{PC}$
Liquidez Seca - LS	Quanto a empresa possui de ativos de alta liquidez para cada \$ 1 de passivo circulante.	$LS = \frac{AC_{Liquidos}}{PC}$

Fonte: Elaboração própria com base em Matarazzo (2010, p. 86) e Assaf Neto (1987, p. 236).

Onde: AC: ativo circulante; RLP: ativo realizável a longo prazo; PC: passivo circulante; ELP: passivo exigível a longo prazo; AC_{Líquidos}: ativo circulante de alta liquidez (disponível, aplicações financeiras, títulos a receber, entre outros)

A Liquidez Corrente (LC) é, certamente, o indicador de liquidez mais popular na literatura (SOARES, 2006). A interpretação desse indicador é que quando maior o indicador, melhor a relação entre ativos e passivo de curto prazo (MATARAZZO, 2010, p. 102).

Os indicadores de rentabilidade analisam e interpretam os resultados obtidos pela empresa – lucros ou prejuízos – comparando-o com vários itens, dependendo do objetivo da análise (ASSAF NETO, 1987, p. 288). São indicadores que mostram a rentabilidade do capital investido e, portanto, o grau de êxito da empresa (MATARAZZO, 2010, p. 110). Alguns indicadores de rentabilidade são apresentados no Quadro 8.

Quadro 8 – Quadro-resumo dos Indicadores de Rentabilidade

Indicador	Indica	Fórmula
Giro do Ativo - GA	Quanto a empresa vendeu para cada \$ 1 de ativo.	$GA = \frac{RB}{AT}$
Margem Bruta – MB	Quanto a empresa obtém de resultado bruto para cada \$ 1 de vendas.	$MB = \frac{RB}{V}$
Retorno sobre Ativo - RA	Quanto a empresa obtém de resultado para cada \$ 1 de ativo.	$RA = \frac{RL}{V}$
Retorno sobre Patrimônio Líquido - ROE	Quanto a empresa obtém de resultado para cada \$ 1 de capital próprio investido (PL).	$ROE = \frac{RL}{PL}$

Fonte: Elaboração própria com base em Matarazzo (2010, p. 86) e Assaf Neto (1987, p. 289).

Onde: RB: resultado líquido; AT: ativo total; V: vendas líquidas; RL: resultado líquido; PL: patrimônio líquido.

O Retorno sobre Patrimônio Líquido (*Return on Equity* – ROE) representa uma taxa de retorno do investimento dos acionistas na empresa (MATARAZZO, 2010, p. 111). O ROE é uma importante medida de performance da companhia, mostrando se ela está, ao menos, gerando rentabilidade aos acionistas da empresa (MATARAZZO, 2010, p. 111). Considera-se quando maior esse retorno, melhor a rentabilidade gerada.

Nesse estudo, por se tratar do setor de saúde suplementar, o indicador Margem Bruta é chamado de índice de despesas assistenciais ou de despesas médicas (DM), que representa o quanto a OPS gastou com assistência médica, expressas na forma de eventos indenizáveis líquidos (EIL), em relação as contraprestações efetivas (CE) – total recebido com a venda de planos de saúde (BRASIL, 2015h). Ao analisar esse indicador, quando maior for, melhor a rentabilidade gerada.

Não existe um roteiro padrão para a análise econômico-financeira (MOROZINI, OLINQUEVITCH E HEIN, 2006). É necessário compreender a função e o objetivo da análise, sendo que a análise produza informações comprometidas com a continuidade e o desenvolvimento da empresa (MOROZINI, OLINQUEVITCH E HEIN, 2006).

2.4 Revisão de Estudos Aplicados

Embora não tenham sido encontrados estudos científicos que tenham analisado especificamente a satisfação do beneficiário *versus* situação econômico-financeira, no setor de saúde suplementar, neste sub tópico serão tratados trabalhos que trouxeram discussões sobre esse setor. No apêndice desse trabalho é apresentado um resumo dos estudos expostos, no Quadro A2.

Pietrobon, Prado e Caetano (2008) fizeram um apanhado geral da caracterização da saúde suplementar, até culminar na criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS é responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização da assistência suplementar à saúde. Apesar da sua boa atuação, através dos indicadores de qualidade que visam a constante melhora na assistência à saúde, a ANS necessita ampliar sua atuação, como por exemplo, nas conturbadas relações entre OPS, prestadores de serviços e beneficiários (PIETROBON, PRADO E CAETANO, 2008).

Cardoso (2005) analisou em sua tese se a regulação econômica editada pela ANS, que estabelece parâmetros a serem alcançados, afeta a escolha de práticas contábeis pelas OPS. As práticas contábeis podem ser gerenciadas, desde que no limite da legislação, para o alcance desses resultados, não caracterizando fraude. A ANS analisa 10 indicadores econômico-financeiros, como índices de liquidez, relação de fontes de recursos, índices de despesas e retorno sobre o patrimônio líquido (CARDOSO, 2005).

A ANS compara os índices calculados com os parâmetros estabelecidos a priori. Após análise do resultado, a operadora fica classificada como “saúde financeira”, “desvio leve” e “desvio grave”. Se enquadrando em “desvio grave” a empresa pode ficar sujeita a afastamento de seus administradores de suas funções e até liquidação de seus ativos (CARDOSO, 2005).

As evidências empíricas de Cardoso (2005) demonstram que as OPS escolhem práticas contábeis que a ajudem a apresentar, pelo menos, a situação econômico-financeira mínima exigida. O resultado (não apurar prejuízo) e o patrimônio líquido (não apurar passivo a descoberto) são os mais vulneráveis a gerenciamento. Constatou-se que as práticas de gerenciamento contábeis são simples e o nível não varia significativamente conforme o porte da empresa (CARDOSO, 2005).

Ainda analisando a parte financeira do setor, Leal (2014) constatou em sua pesquisa que houve mudanças nos resultados econômicos na saúde suplementar conforme a trajetória da regulação. Observou-se um crescimento do indicador de receita de contraprestações efetivas *per capita*, com taxas próximas a da inflação, indicando uma relativa estabilidade em termos

reais; a adoção de estratégias de diminuição do risco das carteiras pelas operadoras, por meio do crescimento mais intenso de segmentos regulados de forma menos intensa (planos odontológicos e também os planos médicos coletivos); crescimento das receitas financeiras, por meio do aumento do fluxo de provisões técnicas e dos fundos de recursos das operadoras; e por fim, um aumento da taxa de sinistralidade (LEAL, 2014).

Entende-se que o prestador de serviços de saúde suplementar compartilha com a operadora a responsabilidade de garantir a qualidade do serviço prestado. Escrivão Junior e Kimura (2007) mostram que, em reflexo dos interesses da operadora, ainda fortemente focada em custos assistenciais, o uso de indicadores assistenciais clínicos no modelo de remuneração ainda é raro. Utiliza-se ainda os habituais indicadores de custo agregado por consulta, custo *per capita* e outros baseados na utilização de recursos em saúde. O uso de indicadores que permitem a implantação da avaliação baseada em indicadores clínicos, como os usados no Índice de Desempenho da Atenção à Saúde (IDAS), do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS), deverá aumentar gradativamente, a qualidade da assistência prestada (ESCRIVÃO JUNIOR E KIMURA, 2007).

Através de estudos de caso, Menezes et al. (2011) analisa qualitativamente os casos de gestão assistida de uma operadora de plano de saúde a pacientes em situação de alta vulnerabilidade. Apesar de não sanar as reclamações em relação a regulação burocracia, o *case management* dá ao beneficiário a sensação de cuidado, criando maior valor de uso, fazendo-os se sentirem agradecidos à operadora. O sistema de acompanhamento é modulado pela racionalização de custos, através do direcionamento do usuário ao tratamento de menor custo para operadora, porém traz à operadora maior satisfação de seus clientes (MENEZES et al. 2011).

Daros, Gomes, e Lopes (2015) trazem a relação da qualidade e integridade no atendimento à saúde e a satisfação do beneficiário. Ao realizar uma análise dos e-mails de reclamações dos beneficiários enviados a ANS, ficou constatado que algumas das estratégias de redução de custos têm afetado a relação de qualidade e integridade. As mensagens apontam que, para além da negação do acesso aos serviços e procedimentos, os beneficiários também se deparam com a restrição da continuidade do cuidado. Esses fatos colocam em questionamento a estruturação do setor de saúde suplementar, cujos contratos se baseiam na definição de um rol de procedimentos com diferentes níveis de abrangência, mas limitados. Impõe-se a necessidade de ressaltar quando as estratégias de redução de custos passam a se configurar como instrumento de restrição ao próprio direito à saúde, para além do respeito necessário ao direito do consumidor (DAROS, GOMES e LOPES, 2015).

Mesclando os dois temas anteriores (qualidade e universo econômico-financeiro), Soares (2006) constatou em sua tese que os indicadores econômico-financeiros utilizados pela ANS no PQSS do ano base 2004, usados para avaliar o desempenho das operadoras de planos de saúde, foram relevantes para classificar e avaliá-las. Após a Análise Fatorial, dos 10 indicadores mais usados pela literatura, 5 deles representam um maior poder explicativo para a avaliação de desempenho das OPS: Participação de capital de terceiros, imobilização do patrimônio líquido (PL), liquidez seca e corrente e rentabilidade sobre o PL. Esses 5 indicadores foram equivalentes aos usados pela ANS (SOARES, 2006).

Embora a regulação dos planos privados de saúde no Brasil tenha trazido grandes avanços, o estudo de Alves, Bahia e Barroso (2009) mostra que a atuação do Estado no setor ainda apresenta lacunas, visto que várias ações judiciais continuam tramitando na Justiça para a garantia de direitos aos consumidores. Nas ações analisadas, foi constatado que os temas mais incidentes foram: cobertura assistencial, permanência em planos coletivos, rescisão unilateral de contratos e reajuste de preços. Apesar de não ter sido possível diferenciar os pedidos envolvendo contratos regidos ou não pela Lei nº. 9.656/98 (novos ou antigos, respectivamente), sabe-se que o fato de a regulamentação não abranger os contratos antigos fez com que vários consumidores continuassem à mercê de cláusulas abusivas e baseadas em interesses econômicos, o que, certamente, chega ao Judiciário na forma de ações judiciais. Ressalta-se o importante papel da ANS através da formulação de diretrizes norteadas pela concepção de que a saúde é um bem de relevância pública (ALVES, BAHIA e BARROSO, 2009).

Zirolto, Gimenes e Castelo Junior (2013) concluíram que a Saúde Suplementar desempenha papel importante na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. Não é possível transferir para o SUS todo o universo de atendimento médico, não somente pela quantidade de consultas e consequentes gastos, mas também por conta da manutenção da satisfação que o usuário do setor privado possui hoje. No entanto, como contrassenso o Estado dificulta a viabilidade econômica do setor suplementar por meio da regulação rigorosa. Visa também transferir para a saúde privada, aos poucos, o seu dever de garantir o acesso universal e igualitário à população no quesito saúde (ZIROLDO, GIMENES E CASTELO JUNIOR, 2013).

Segundo estudos de Santos (2009) a tipologia de arranjo da relação público-privado brasileira é a suplementar com cobertura duplicada – toda a população tem o direito de usar o sistema público, que cobre serviços em todos os níveis de atenção, mas ao mesmo tempo, está aberta a possibilidade de aquisição de seguro privado que, quando ocorre, duplica a cobertura de serviços de saúde. Esse tipo de sistema é prejudicial para todo o sistema de saúde, pois não

há uma cobertura de serviços a mais que o Sistema Único de Saúde (SUS), e sim uma concorrência. A autora conclui que a regulação brasileira salienta a duplicação da cobertura e contribui para a manutenção da segmentação do sistema de saúde e da sociedade brasileira, privilegiando a elite e o mercado de bens e serviços de saúde, além de cooperar para que o Estado continue subsidiando a existência do segmento de saúde suplementar. Com isso, mostra-se que o Brasil está na contramão das políticas públicas dos países que mantiveram seus sistemas de saúde orientados pelo princípio da proteção social aos riscos à saúde (SANTOS, 2009).

Já Roquete (2002) estudou qual os impactos que a regulamentação estatal brasileira trouxe para uma cooperativa médica de Minas Gerais. As mudanças feitas para adaptação das novas foram no âmbito estratégico, estrutural, tecnológico, humano, cultural e político. Os resultados mostraram que a cooperativa em questão respondeu a as mudanças do ambiente de forma rápida, transformando-se em uma empresa profissionalizada e moderna. Adotou-se o planejamento estratégico como ferramenta gerencial, inovou-se o campo tecnológico e transformou-se as relações com as pessoas. A equipe gerencial tornou-se altamente qualificada, adotando assim a racionalidade administrativa, resultando em uma nova cultura organizacional. Essas mudanças a cooperativa médica não só ajudaram na adaptação ao novo contexto regulatório, mas também seu crescimento dentro do mercado competitivo das OPS (ROQUETE, 2002).

De forma sintética, o estudo de Portela et al. (2010) evidenciou que a maior parte dos hospitais prestadores de serviços para operadoras também presta serviços ao SUS, expressando a necessidade de se alcançar maior integração, articulação e complementação entre os prestadores hospitalares públicos estatais e privados no atendimento ao SUS. Evidenciou ainda forte concentração do faturamento de cada hospital em algumas poucas operadoras. A principal conclusão foi uma baixa presença de estruturas e práticas de qualificação da gestão e de monitoramento da qualidade assistencial nos hospitais brasileiros, sendo ainda mais baixa nos hospitais que também prestam serviços para o SUS (PORTELA et al. 2010).

Quanto a comparação com outros setores a economia, Veloso e Malik (2010) mostraram que, diferente do senso comum, grandes hospitais podem ser tão rentáveis como outras empresas. Comparou-se as maiores empresas de cada categoria (Hospitais, OPS e outras empresas), e concluiu-se que seus retornos sobre o ativo total não têm diferenças estatísticas significantes. A lucratividade foi igual entre as operadoras e os hospitais, porém inferior às empresas em geral. Adicionalmente, observou-se que não existe distinção significativa entre hospitais com e sem finalidade lucrativa, no que diz respeito à margem Lucros Antes de Juros,

Impostos, Depreciação e Amortização (LAJIDA), Margem Líquida e Retorno sobre Ativos Totais (VELOSO E MALIK, 2010).

3. METODOLOGIA

Neste estudo buscou-se avaliar a relação entre a satisfação do beneficiário e a situação econômico-financeira das operadoras do setor de saúde suplementar. Como objetivos específicos, buscou-se caracterizar e apresentar o histórico da saúde suplementar no Brasil, revisar os estudos científicos que abordem o tema saúde suplementar, revisar os indicadores econômico-financeiros tradicionais e de qualidade na saúde suplementar, coletar dados contábeis e dos indicadores de satisfação do beneficiário das operadoras e realizar análises descritivas e de eficiência sobre os dados coletados.

Os dados coletados para realizar este estudo foram os indicadores do Programa de Qualidade da Saúde Suplementar (PQSS) – o IDSS e seus componentes –, o número de beneficiários das operadoras de planos de saúde e as demonstrações financeiras (balanço patrimonial e demonstração de resultado) das operadoras, para cálculo dos indicadores econômico-financeiros. Os dados coletados foram do ano de 2014.

Os dados foram encontrados na página virtual da ANS, que disponibiliza a listagem dos Índices de Desempenho da Saúde Suplementar 2015, ano-base 2014 (BRASIL, 2015a) e o Anuário - Aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde 2015, ano-base 2014 (BRASIL, 2015h), que além de fornecer os demonstrativos contábeis das OPS, fornece o número de beneficiários de cada uma.

Neste trabalho os dados são analisados inicialmente por meio de estatística descritiva, a fim de estabelecer um panorama do setor de saúde suplementar ao longo do tempo e no ano de 2014, e por uma análise de correlação entre o indicador de satisfação e os de situação econômico-financeira, do ano de 2014. Por fim, será realizada a avaliação da eficiência das operadoras de planos de saúde, através da metodologia de Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis – DEA*), para o ano de 2014.

3.1 Dados

É possível analisar o desempenho econômico-financeiro nas empresas através de indicadores tradicionais na literatura (SOARES, 2006). Em relação a qualidade dos serviços

prestados pelas operadoras dentro desse setor, analisa-se o desempenho delas através do índice divulgado pelo Programa de Qualificação das Operadoras, o IDSS (BRASIL, 2010, 2015a).

A ANS divulga o índice geral de desempenho das operadoras (IDSS), que é o agrupamento de quatro dimensões: atenção à saúde (IDAS), econômico-financeira (IDEF), estrutura e operação (IDEO) e satisfação do beneficiário (IDSB) (BRASIL, 2015a). Os dados de qualidade usados neste trabalho são resumidos no Quadro 9.

Para Soares (2006) “a satisfação do beneficiário revela a qualidade dos produtos e serviços de saúde, por ser os beneficiários a razão da existência desses serviços” (SOARES, 2016). Para a autora, a satisfação do beneficiário é a meta do processo de qualidade, pois significa que as necessidades e expectativas dos usuários são supridas (SOARES, 2006).

Para a estatística descritiva foram usados os indicadores de qualidade – IDSS e seus componentes – e os indicadores econômico-financeiros julgados relevantes para a análise. Diferentemente da análise de eficiência, que como medida de qualidade foi utilizado o indicador de satisfação do beneficiário (IDSB).

Quadro 9 – Dados de qualidade utilizados.

Variável	Descrição	Fonte
Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS	Representa a avaliação das operadoras de planos de saúde, a partir de indicadores definidos pela ANS.	BRASIL (2015a)
Índice de Desempenho da Atenção à Saúde - IDAS	Avalia aspectos de acesso e qualidade da atenção, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada aos beneficiários.	
Índice de Desempenho Econômico-financeiro - IDEF	Acompanha o equilíbrio econômico-financeiro das OPS sob o ponto de vista das condições de liquidez e solvência, avaliando a capacidade de manter-se em dia com suas obrigações financeiras junto a seus prestadores para o atendimento com qualidade e de forma contínua a seus beneficiários.	
Índice de Desempenho de Estrutura e Operação - IDEO	Afere as condições da oferta de rede de consultórios, hospitais, ambulatorios, laboratórios e centros de diagnósticos oferecidos pelas operadoras de planos de saúde para o atendimento de seus beneficiários. Além disso, avalia o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.	
Índice de Desempenho da Satisfação dos Beneficiários - IDSB	Monitora as reclamações recebidas pela ANS, indicadores de permanência dos beneficiários e mede a gravidade das infrações à legislação cometidas por parte das operadoras.	

Fonte: Elaboração própria

Os indicadores econômico-financeiros permitem construir uma visão ampla sobre a situação da empresa, sendo a técnica de análise mais utilizada (MATARAZZO, 2010, p. 82).

Os indicadores econômico-financeiro escolhidos são elencados e definidos no Quadro 10, sendo um de Estrutura de Capital (CT), um de liquidez (LC) e dois de rentabilidade (DM e ROE).

Quadro 10 – Dadas econômico-financeiros utilizados.

Variável	Descrição	Fonte
Participação do Capital de Terceiros - CT	Quanto a empresa investiu de capitais de terceiros (empréstimos) considerando curto e longo prazo, em relação ao capital próprio.	BRASIL (2015h)
Liquidez Corrente - LC	Mede a capacidade da empresa em liquidar seus compromissos de curto prazo.	
Retorno sobre o Patrimônio Líquido – ROE	Mostra a relação entre o resultado líquido e o patrimônio líquido.	
Índice de despesas médicas - DM	Mostra a relação entre despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde.	

Fonte: Elaboração própria.

Os indicadores de liquidez procuram medir quão sólida é a base financeira de uma empresa (SOARES, 2006). Dentre os indicadores, o de Liquidez Corrente é o mais popular, por medir a capacidade da empresa de pagar seus compromissos de curto prazo (SOARES, 2006; MATARAZZO, 2010, p. 99). Ele é obtido dividindo total de recebimentos pelo total de pagamentos do período, ambos de curto prazo (MATARAZZO, 2010, p. 99).

Os indicadores de Estrutura de Capital revelam as linhas decisões financeiras da empresa, em termos de obtenção e aplicação de recursos (MATARAZZO, 2010, p. 87). O indicador de Participação de Capital de Terceiros mostra quanto a empresa obteve com terceiros em relação ao capital próprio (MATARAZZO, 2010, p. 88). Quanto menor a dependência de capital de terceiros, mais solvente se encontra a empresa, tendo maior liberdade nas decisões financeiras (SOARES, 2006). Ao abordar esse indicador, a análise é feita estritamente do ponto de vista financeiro e não em relação à rentabilidade dessa relação (SOARES, 2006).

Por fim, os indicadores de rentabilidade interpretam os resultados da empresa, comparando-os com outros itens de resultado ou patrimoniais (ASSAF NETO, 1987, p. 288). Dentre os indicadores mais utilizados, segundo a literatura, estão o Retorno sobre o Patrimônio Líquido e a Margem Bruta (SOARES, 2006). O primeiro indicador revela quanto a empresa obtém de retorno, no exercício, em relação ao capital próprio investido e o segundo qual o potencial de geração de lucros brutos, em relação ao faturamento total (MATARAZZO, 2010, p.115; ASSAF NETO, 1987, p. 289). Para uma empresa sobreviver e evoluir em um mercado ela necessariamente tem que ser lucrativa (SOARES, 2006).

Os indicadores selecionados foram calculados com base nos Balanços Patrimoniais e das Demonstrações de Resultados das OPS do ano de 2014, divulgados na página eletrônica da ANS (BRASIL, 2015h).

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2014, haviam 1217 operadoras de planos de saúde em operação e com beneficiários cadastrados (ANS, 2016c). Para estatística descritiva, desse ano, utilizou-se uma amostra de 1030 OPS. Analisaram-se as operadoras que tiveram o resultado dos indicadores de desempenho divulgados no endereço eletrônico da agência (BRASIL, 2015b).

É importante salientar que, no Caderno de Informações da Saúde Suplementar de junho 2016 (BRASIL, 2016c), o número total de operadoras para o ano de 2014 difere do exposto no mesmo caderno, de março de 2015, para o ano de 2014 (BRASIL, 2015k). Para o presente estudo foi utilizada primeira informação, por ter sido divulgada mais recentemente.

A análise foi realizada para o setor em geral e considerando-se as modalidades das operadoras de planos de saúde. A modalidade de Autogestão foi segregada em Autogestão por RH e Autogestão. A segunda agrega as operadoras dessa modalidade com e sem mantenedora.

3.2 Análise de Eficiência

O estudo da eficiência permite comparar unidades produtivas diferentes (concorrentes), estabelecendo uma classificação das mais eficientes, permitindo investigar padrões entre as eficientes e as menos eficientes. Nesse trabalho ela será feita através da Análise Envoltória de Dados.

3.2.1 Análise Envoltória de Dados

A Análise Envoltória de Dados é um método quantitativo para medida da eficiência de unidades produtivas, tendo como base matemática a programação linear (FERREIRA E GOMES, 2009). A Análise Envoltória de Dados é identificada por seu nome na língua inglesa *Data Envelopment Analysis* (DEA) e por isso, muitas vezes será utilizada a sigla DEA.

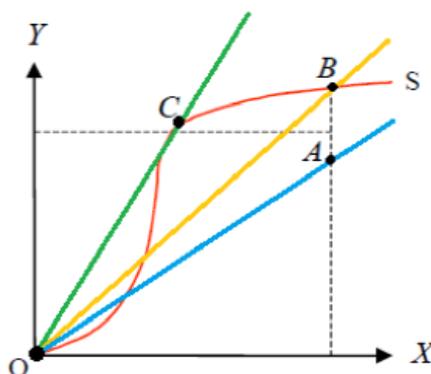
Segundo Ferreira e Gomes (2009, p.23) essa análise tem como objetivo avaliar o desempenho de organizações e atividades, essencialmente feitas por meio de medidas de eficiência técnica (FERREIRA E GOMES, 2009). A definição de eficiência técnica é um conceito relativo que compara o que foi produzido (produtos ou *output*) dado uma quantidade

x de insumos (*input*), com o que poderia ter sido produzido dada a mesma quantidade de insumos (MELLO et al., 2005).

Dois conceitos importantes são os de eficácia e o de produtividade. O conceito de eficácia está ligado com a realização do objetivo inicial, ou seja, se a meta estabelecida foi atingida, não levando em consideração a forma que os recursos foram usados (MELLO et al., 2005). Por outro lado, o conceito de produtividade não está só interessado em saber se o objetivo foi cumprido, mas sim na razão entre quanto foi produzido e quanto foi gasto para esta produção (MELLO et al., 2005). De acordo com Ferreira e Gomes (2012), o conceito de produtividade sugere que o insumo seja utilizado da melhor maneira possível, sem excessos (FERREIRA E GOMES, 2009).

Suponha um processo de produção de 3 empresas em que se utiliza somente um insumo em uma quantidade X (recursos) para produzir um único tipo de produto na quantidade Y (produção) (MELLO et al., 2005). A Figura 3 ilustra a relação entre as produções.

Figura 3 – Fronteira de Eficiência.



Fonte: Mello et al. (2005).

A curva S, da Figura 3, é chamada de Fronteira de Eficiência. Ela indica o máximo que foi produzido para cada nível de recurso (MELLO et al., 2005). A área abaixo da curva S é denominada de Conjunto Viável de Produção e a partir dela é possível fazer uma diferenciação entre produtividade e eficiência (MELLO et al., 2005).

As linhas B e C podem ser chamadas de eficientes pois estão situadas sobre a Fronteira de Eficiência (S), sendo que o ponto C é o ponto mais eficiente dada aquela quantidade de recursos. A unidade A é simultaneamente uma unidade não produtiva e não eficiente (MELLO et al., 2005). É possível notar que A se tornaria mais eficiente se movimentasse sua linha em encontro a B, e B se tornaria ainda mais eficiente se movimentasse sua linha em encontro a C.

Existem duas formas de uma unidade caracterizada como não eficiente se tornar eficiente. A primeira forma é a orientação a insumo, que se faz reduzindo a quantidade de recursos e mantendo a mesma quantidade de produtos produzidos (MELLO et al., 2005). A segunda é a orientação a produtos, que é feita aumentando a quantidade de produtos produzidos mantendo constante a quantidade de recursos utilizados.

De forma geral os métodos utilizados para se construir uma Fronteira de Eficiência podem ser classificados em métodos paramétricos ou não paramétricos. O método paramétrico pode ser dividido em métodos estatísticos e programação matemática, sendo que o método não paramétrico utiliza apenas o método de programação matemática. A partir dessa terceira divisão cada método é dividido em Determinista e Estocástico.

Os métodos paramétricos supõem uma relação funcional pré-definida entre os insumos e os produtos usando, normalmente, médias para determinar o que poderia ter sido produzido (MELLO et al., 2005). Os não paramétricos, onde encontra-se o DEA, não faz suposições funcionais e considera que o máximo que poderia ter sido produzido é obtido por meio da observação das unidades mais produtivas (MELLO et al., 2005).

Conclui-se que o DEA é uma técnica não paramétrica, de programação matemática e determinista, e portanto não faz suposição sobre a relação funcional entre os insumos e produtos, definindo valores relativos que podem ser produzidos com base na observação e comparação de dados das organizações ou atividades do conjunto analisado (FERREIRA E GOMES, 2009).

A Análise Envoltória de Dados pode ainda ser analisada segundo duas variantes importantes, que contemplam a questão dos retornos de escala.

Os Retornos Constantes de Escala (*Constant Returns to Scale* – CRS) trabalham com a ideia de que qualquer variação nas entradas (*inputs*) produz variação proporcional nas saídas (*outputs*) (MELLO et al., 2005). Esse modelo é igualmente conhecido como modelo de *Charnes, Cooper e Rhodes* – CCR.

Por outro lado, os Retorno Variáveis de Escala (*Variable Returns to Scale* – VRS) consideram que o acréscimo em uma unidade de insumo pode gerar um acréscimo não proporcional no volume de produtos, obrigando a fronteira de eficiência ser convexa (MELLO et al., 2005). Esse modelo é igualmente conhecido como modelo de *Banker, Charnes e Cooper* – BCC.

3.2.2 Dados

Para que a análise de eficiência seja possível de ser realizada é necessário definir uma variável que represente o insumo (*input*), ou seja, o recurso utilizado para produzir um produto final. Nesse estudo foi definido como variável de insumo a situação econômico-financeira das operadoras de planos de saúde, que, como já foi dito no tópico anterior, pode ser medido através de indicadores de estrutura de capital, rentabilidade e liquidez.

Os dados desse insumo foram calculados através dos Balanços Patrimoniais e das Demonstrações de Resultados das OPS do ano de 2014, divulgados na página eletrônica da ANS (BRASIL, 2015h). Os indicadores selecionados foram Participação de Capital de Terceiros, Retorno sobre Patrimônio Líquido e Liquidez Corrente.

A análise de eficiência necessita de uma outra variável, que represente o resultado produzido pelo insumo já definido. Esta variável é chamada de *output* ou resultado, e neste estudo será representada pela percepção de qualidade do usuário dos serviços prestados, medida pelo Índice de Satisfação do Beneficiário (IDBS). Esses dados, do ano-base 2014, foram divulgados pela ANS virtualmente (BRASIL, 2015a).

O modelo utilizado nesta pesquisa será o modelo de Retornos Variáveis de Escala (VRS), que também é conhecido como modelo BCC (*Banker, Charnes e Cooper*), que considera que o acréscimo em uma unidade de insumo pode gerar um acréscimo não proporcional no volume de produtos (MELLO et al., 2005).

A orientação da pesquisa será a produto (*output*) e a análise será feita pela abordagem de *Malmquist* Adjacente, com média multiplicativa e geométrica.

Das 1030 operadoras de planos de saúde que compõem a amostra dessa pesquisa, foram analisadas 929. Foram excluídas na análise as operadoras da modalidade auto-gestão por RH, pois são dispensadas do envio dos quadros econômico-financeiros à ANS (BRASIL, 2015h), as operadoras que as informações não estavam disponíveis no anuário e as que tinham algum indicador econômico-financeiro que tenha apresentado valor igual a zero.

As variáveis utilizadas são apresentadas no Quadro 11.

Quadro 11 – Variáveis para análise de eficiência.

Insumo	Resultado
- Participação de Capital de Terceiros (CT) - Liquidez Corrente (LC) - Retorno sobre Patrimônio Líquido (ROE)	Índice de Satisfação do Beneficiário (IDSB)

Fonte: Elaboração própria.

4. RESULTADOS

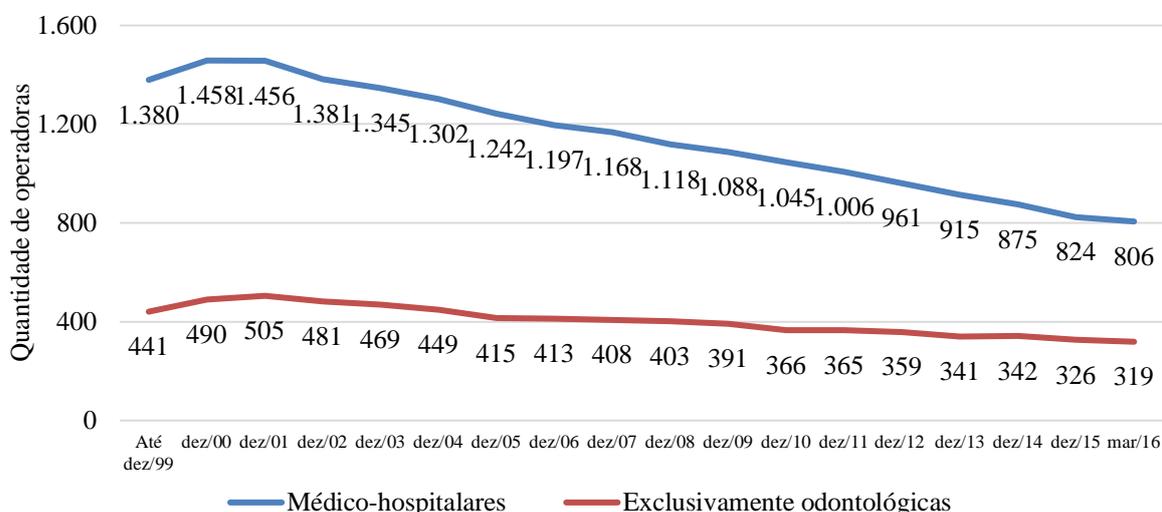
Neste tópico serão apresentados os números do setor de saúde suplementar, a estatística descritiva para o ano de 2014, observando-se também a Correlação Linear e, por fim, a Análise de Eficiência.

4.1 Números do Setor de Saúde Suplementar

O mercado de planos privados é expressivo no sistema de saúde brasileiro. O Gráfico 1 mostra a evolução do número de operadoras de planos de saúde em atividade desde dezembro de 1999 a março de 2016. Em 2015 as operadoras médico-hospitalares fecharam o ano com 824 OPS com beneficiários, 5,83% menor que em 2014. As exclusivamente odontológicas com 326, 4,68% menor que o ano anterior. Os dados são apresentados a partir de 2000, momento em que a Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada e foi formado um banco de dados. Até 1999 tem-se estimativas (ALBUQUERQUE et al., 2008).

No primeiro trimestre de 2016 foram verificados 5 novos registros e 9 cancelamentos de operadoras médico-hospitalares e 2 novos registros e 10 cancelamentos de operadoras exclusivamente odontológicas (BRASIL, 2016c). O maior número de cancelamentos em relação aos novos registros, resultando na diminuição do número de operadoras, pode estar associado ao processo de regulação e regulamentação, que estabelece padrões mínimos aceitáveis para operar no setor, como exigências econômico-financeiras e de prestação de serviços para as operadoras (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Gráfico 1 – Operadoras de planos de saúde em atividade, com beneficiários (Brasil – dez/1999 a mar/2016)



Fonte: Elaboração própria base nos dados de Brasil (2016c)

No último levantamento divulgado pela ANS o total de beneficiários de planos de saúde em março de 2016 era de 70.509.933, sendo 69,24% deles de planos de planos de saúde da modalidade médico hospitalar, conforme a Tabela 2. Os planos coletivos empresariais representam concentram 68,69% dos beneficiários das OPS.

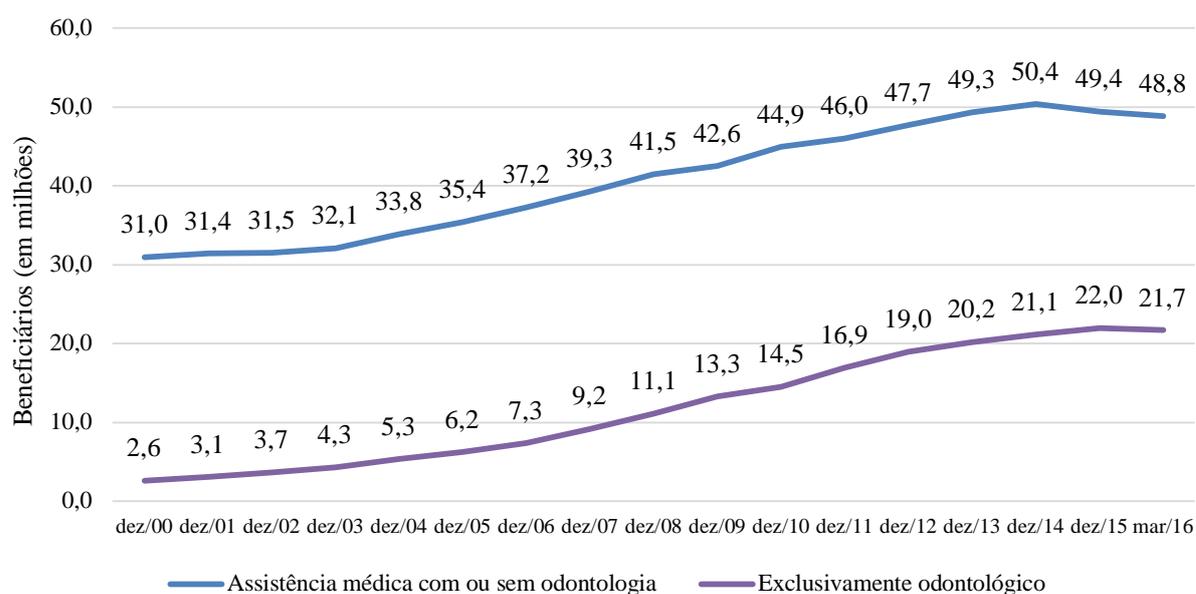
Tabela 2 - Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial, segundo tipo de contratação do plano (Brasil – março/2016)

Tipo de contratação	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico	Total
Individual ou Familiar	9.558.718	3.807.053	13.365.771
Coletivo Empresarial	32.412.727	16.022.957	48.435.684
Coletivo por adesão	6.561.881	1.793.628	8.355.509
Coletivo não identificado	9.193	4.173	13.366
Não informado	281.631	57.972	339.603
Total	48.824.150	21.685.783	70.509.933

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de Brasil (2016c).

Desde 2000, ambos tipos de cobertura assistencial, estavam crescendo em relação ao número de beneficiários. Os planos de assistência médica cresceram até o 2014, e os odontológicos até 2015. O Gráfico 2 mostra que houve uma redução de aproximadamente 600 mil vínculos no segmento médico e quase 300 mil vínculos no segmento odontológico em relação ao trimestre anterior.

Gráfico 2 - Beneficiários de operadoras de planos de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil – dez/2000 a mar/2016)



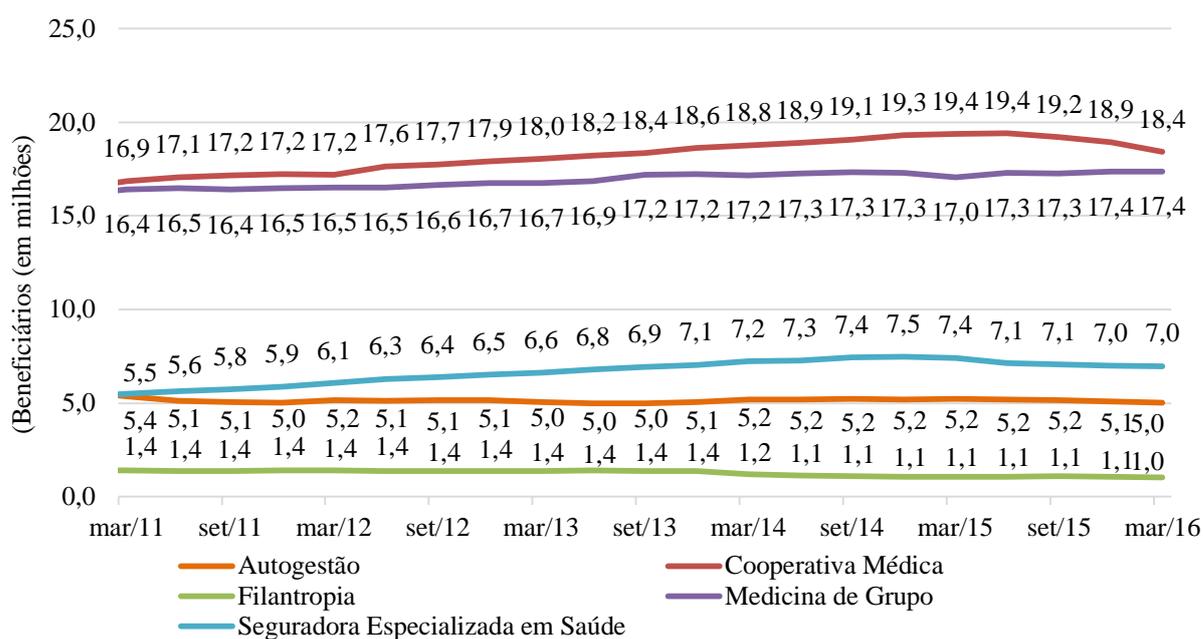
Fonte: Elaboração própria com base nos dados de Brasil (2016c).

Desde março 2015 os planos de assistência médico-hospitalar registram quedas trimestrais no número de beneficiários (BRASIL, 2016d). Os números de agosto de 2016, disponíveis no site na ANS, revelaram um aumento de mais de 32 mil beneficiários em relação ao mês anterior, diferindo dos últimos 14 meses, que apresentaram quedas (BRASIL, 2016d).

Analisando a evolução dos beneficiários de acordo com a modalidade da operadora dos planos de assistência médica – Gráfico 3 – observa-se que cooperativas médicas, que apresentavam o maior aumento no número de beneficiários, de maneira regular, apresentaram redução desde setembro de 2015. As demais modalidades sofreram pouca alteração no último trimestre.

Ainda que o número de beneficiários seja grande, os dados do Caderno de Informações da Saúde Suplementar de Junho de 2016 revelam que uma expressiva parte dos beneficiários está concentrada em um número limitado de operadoras de planos de saúde (BRASIL, 2016c). 82% dos beneficiários dos planos de assistência médica se concentram em 168, das 806 operadoras (BRASIL, 2016c). Enquanto as duas maiores operadoras do segmento têm juntas quase oito milhões de beneficiários, as 504 menores têm juntas cerca de quatro milhões (BRASIL, 2016c). Entre os beneficiários de planos odontológicos, nota-se que 82% dos beneficiários são associados a 31 das 431 operadoras (BRASIL, 2016c). Nesse segmento, o número de consumidores das 416 menores operadoras, é aproximadamente o mesmo que o da maior (BRASIL, 2016c).

Gráfico 3 - Beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares por modalidade da operadora (Brasil – mar/2011 a mar/2016)

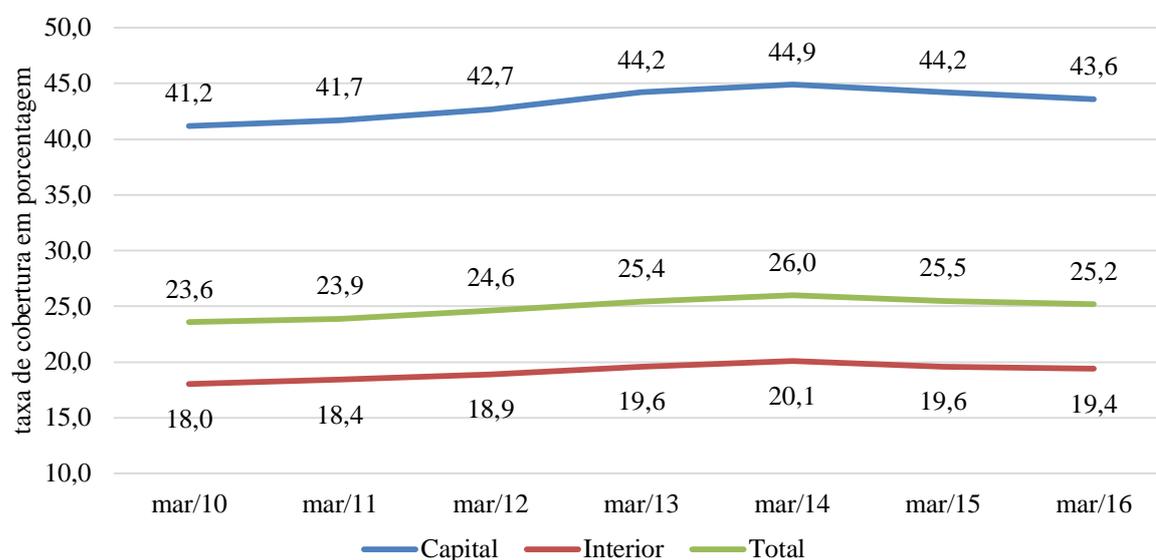


Fonte: Elaboração própria base nos dados de Brasil (2016c).

Em relação a taxa de cobertura dos planos de assistência médica, em março de 2016, quando comparada com a de março de 2015, apresentou tendência decrescente. Esse fato foi observado tanto nas capitais quanto no interior, conforme o Gráfico 4. Analisando essas taxas de cobertura de março 2016 nota-se que as regiões Sudeste e Sul têm as maiores coberturas – 36,9% e 25,3%, respectivamente (BRASIL, 2016c). Quanto à cobertura de planos exclusivamente odontológicos, as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentam as maiores taxas – 15,1% e 11,2%, respectivamente (BRASIL, 2016c). A taxa de cobertura é a razão, expressa em porcentagem, entre o número de beneficiários e a população em uma área específica (BRASIL, 2016c).

No que tange os resultados econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde, foi contabilizado em 2015, um aumento de aproximadamente 11% em relação ao ano anterior de receitas de contraprestações (receitas com operação de planos de saúde) e das despesas assistenciais (gastos com assistência à saúde), como demonstrado na Tabela 3. Ambas variáveis cresceram de modo em que a taxa de sinistralidade (relação entre as receitas e despesas assistenciais) permanece praticamente constantes, com uma variação pequena.

Gráfico 4 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por localização (Brasil – mar/2010 a mar/2016)



Fonte: Elaboração própria base nos dados de Brasil (2016c).

Tabela 3 - Receitas e despesas de assistência à saúde das operadoras de planos privados de saúde (Brasil – 2008 a 2015)

Ano	Receita de contraprestações	Despesa assistencial	Taxa de sinistralidade
2008	60.677.290.674	48.399.535.149	79,77%
2009	65.809.562.118	54.165.527.885	82,31%
2010	74.597.174.763	59.944.250.566	80,36%
2011	84.651.401.601	69.091.824.864	81,62%
2012	95.430.460.646	80.219.625.780	84,06%
2013	110.706.773.045	91.769.484.339	82,89%
2014	127.481.591.146	107.199.458.121	84,09%
2015	142.319.627.382	119.293.286.026	83,82%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de Brasil (2015i), Brasil (2015h) e Brasil (2016c).

A Em relação ao indicador geral do Programa de Qualidade da Saúde Suplementar – IDSS – a Tabela 4 mostra que, nos anos analisados, a maioria das operadoras médico-hospitalares possuem indicadores na faixa de 0,60 a 0,79, exceto no ano base 2009. Nessas operadoras houve um aumento significativo em 2014 do número de operadoras que alcançaram a maior faixa, de 0,80 a 1.

Observando-se as operadoras exclusivamente odontológica, também na Tabela 3, contata-se que em 2009 e 2010, a maioria das operadoras estavam na faixa mais baixa do IDSS, entre 0,00 e 0,19, indicando um baixo nível de desempenho. Entre 2011 e 2014, a maioria desse segmento ficou na faixa entre 0,60 e 0,80.

Tanto no segmento médico-hospitalar como no exclusivamente odontológico, o percentual de operadoras situadas nas duas melhores faixas do IDSS aumentou em relação ao último ano, dando continuidade à tendência positiva da série histórica.

Tabela 4 - Operadoras por faixa de IDSS, segundo a segmentação assistencial (Brasil - 2009 a 2014)

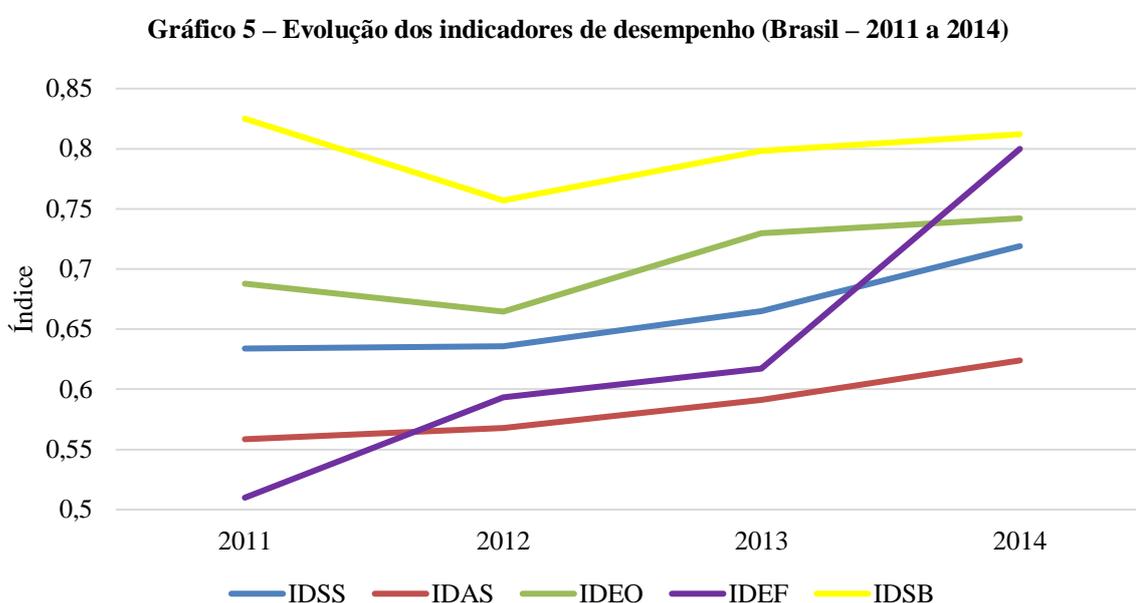
Segmento	Faixa	Ano base					
		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Médico-hospitalar	0,00 a 0,19	27,31%	22,57%	4,16%	6,34%	5,03%	3,49%
	0,20 a 0,39	18,06%	17,04%	8,87%	7,82%	6,38%	4,88%
	0,40 a 0,59	32,50%	27,74%	24,97%	24,31%	21,92%	13,96%
	0,60 a 0,79	20,14%	28,47%	44,69%	50,53%	48,66%	46,16%
	0,80 a 1,00	1,99%	4,17%	17,31%	10,99%	18,01%	31,51%
	TOTAL				100%		
Exclusivamente odontológico	0,00 a 0,19	36,85%	32,37%	4,91%	7,76%	7,87%	6,12%
	0,20 a 0,39	17,14%	15,22%	14,11%	14,08%	10,78%	6,12%
	0,40 a 0,59	23,47%	22,95%	29,14%	26,15%	20,41%	16,50%
	0,60 a 0,79	15,73%	24,15%	32,21%	39,94%	41,11%	39,76%
	0,80 a 1,00	6,81%	5,31%	19,63%	12,07%	19,83%	31,50%
	TOTAL				100%		

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de Brasil (2015g).

O Gráfico 5 segrega os indicadores de desempenho entre o período de 2011 e 2014. Observa-se que tanto o indicador geral (IDSS) quanto seus componentes apresentaram

crescimento ao longo do tempo, exceto o índice de Satisfação do Beneficiário. Em linhas gerais, os resultados do IDSS, IDAS e do IDEF do ano-base 2014 mostram uma evolução no comportamento dos indicadores entre 2011 e 2013. Os índices IDEO e IDSB apresentaram queda em 2012, e posteriormente, crescimento.

O IDEF foi indicador o que apresentou maior crescimento ao longo do tempo. O crescimento de 2014, em relação a 2011, foi de 36,25%. O IDSS e o IDAS apresentaram evoluções similares, de 11,84% e 10,50%, respectivamente, em 2014, em relação a 2011. O IDSB apresentou queda de 1,58% em relação a 2011, mas apresenta crescimento entre 2012 e 2014.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados de Brasil (2015g).

É importante ressaltar que as faixas de IDSS de cada ano não são inteiramente comparáveis, visto que os respectivos índices de desempenho são resultado de conjuntos de indicadores, que possuem seus respectivos critérios de pontuação, e que sofrem alguma modificação ano a ano (BRASIL, 2014a).

4.2 Estatística Descritiva - Análise dos Indicadores de 2014

A Tabela 5 apresenta informações para os indicadores de desempenho das operadoras no ano de 2014. Tendo em vista que estes indicadores variam entre zero e um, constata-se que o indicador de desempenho da satisfação do beneficiário (IDSB) é o que se encontra mais

próximo do valor máximo. Por outro lado, o indicador relativo ao atendimento à saúde (IDAS) apresenta o valor mais baixo entre os indicadores.

Observando-se a estatística desvio padrão, encontra-se que o indicador IDAS é o que apresenta a maior dispersão, de 43,2% da média, sugerindo maior diferença entre as operadoras para este indicador. Já o indicador relativo à estrutura e operação (IDEO) apresentou o menor desvio padrão, de 17,9% em relação à média, indicando uma maior similaridade entre as operadoras.

Tabela 5 – Estatística descritiva para os indicadores de desempenho (Brasil – 2014)

	Estatística	IDSS	IDAS	IDEO	IDEF	IDSB
Média	Valor	0,7190	0,6240	0,7421	0,7999	0,8122
Mediana	Valor	0,7547	0,6994	0,7682	0,9252	0,8906
Desvio Padrão	Valor	0,1578	0,2697	0,1327	0,2746	0,2144
	Desvio padrão / média	21,9%	43,2%	17,9%	34,3%	26,4%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

A Tabela 6 apresenta informações para os indicadores de desempenho das operadoras, divididas por modalidade, no ano de 2014. As modalidades que apresenta maior média do índice geral de desempenho (IDSS) e do índice econômico-financeiro (IDEF) são as Cooperativas Médicas e as Odontológicas. As Cooperativas Médicas também apresentam o maior índice de estrutura e operação (IDEO). A segmentação que apresenta menor IDAS são as de Autogestão por RH. As operadoras Seguradoras Especializadas em Saúde são as que apresentam menor satisfação dos beneficiários (IDSB).

Na Tabela 6 as operadoras tituladas como Autogestão, se referem as operadoras com ou sem mantenedoras, como apontado no referencial teórico deste trabalho. As operadoras da modalidade de Autogestão por RH não têm o índice econômico-financeiro calculado, pois não são dispensadas do envio dos quadros econômico-financeiros à ANS (BRASIL, 2015h).

Tabela 6 – Estatística descritiva, por segmentação, para os indicadores de desempenho (Brasil – 2014)

Segmento	Modalidade	Estatística	IDSS	IDAS	IDEO	IDEF	IDBS
Médico-hospitalar	Autogestão	Média	0,7626	0,6876	0,7501	0,8325	0,8477
		Mediana	0,7773	0,7434	0,7637	0,9166	0,9296
		Desvio Padrão	0,1188	0,2301	0,1162	0,2201	0,1810
	Cooperativa Médica	Média	0,7872	0,7279	0,8116	0,8926	0,7759
		Mediana	0,8043	0,7523	0,8300	0,9679	0,8153
		Desvio Padrão	0,0964	0,1800	0,0792	0,1679	0,1583
	Medicina em grupo	Média	0,6641	0,5953	0,7296	0,7191	0,6812
		Mediana	0,6934	0,6833	0,7384	0,8290	0,7191
		Desvio Padrão	0,1575	0,2889	0,1333	0,2875	0,2502
	Autogestão por RH	Média	0,6318	0,4834	0,6479	N/A	0,9126
		Mediana	0,6600	0,5165	0,6962	N/A	0,9903
		Desvio Padrão	0,1720	0,2741	0,1790	N/A	0,1731
	Seguradora Especializada em Saúde	Média	0,6763	0,7246	0,6575	0,8954	0,3795
		Mediana	0,6848	0,7215	0,6471	1,0000	0,3557
		Desvio Padrão	0,0934	0,1327	0,1186	0,2232	0,1639
	Filantropia	Média	0,6890	0,5770	0,7588	0,7142	0,8182
		Mediana	0,7403	0,6528	0,7729	0,8570	0,8775
		Desvio Padrão	0,1697	0,2696	0,1358	0,3361	0,2051
Exclusivamente odontológico	Odontologia de Grupo	Média	0,6403	0,4685	0,6778	0,6840	0,9028
		Mediana	0,6759	0,5337	0,7109	0,8333	0,9748
		Desvio Padrão	0,1925	0,3108	0,1565	0,3516	0,2107
	Cooperativa Odontológica	Média	0,7880	0,6758	0,7258	0,9043	0,9586
		Mediana	0,8189	0,7317	0,7270	1,0000	0,9724
		Desvio Padrão	0,1292	0,2392	0,0952	0,2183	0,0596

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Observando-se as modalidades das operadoras de planos de saúde, a estatística desvio padrão, sugere que as de Odontologia em Grupo tem maior diferença entre as operadoras, com relação ao IDSS, que apresenta a maior dispersão, de 30% da média. Essas operadoras têm dispersão em relação à média de 51,4% do IDEF, o maior entre as modalidades. Já o indicador relativo à satisfação do beneficiário apresentou o menor desvio padrão, de 5% em relação à média, indicando uma maior similaridade entre as operadoras, na modalidade Cooperativas Odontológicas.

A Tabela 7 apresenta informações para os indicadores econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde no ano de 2014. As operadoras do setor, em média, conseguiriam pagar duas vezes e meia o valor suas dívidas de curto prazo, usando apenas seus ativos de curto prazo. O desvio padrão da liquidez corrente é o menor, em relação à média, em relação aos outros indicadores utilizados, sugerindo menor desigualdade no setor.

O Retorno sobre o Patrimônio Líquido do setor em média foi negativo o que significa que em 2014, as operadoras apresentaram, em média, prejuízos. A mediana afirma que metade das OPS tem ROE maior que 0,13, ou seja, um retorno de 13% sobre o PL investido. O desvio padrão em relação à média é de -3305,8% sugerindo maior assimetria na saúde suplementar entre as operadoras.

A Margem Bruta do setor é em média de 60%, ou seja, as despesas com assistência médica consomem mais da metade das contraprestações efetivas. A mediana é relativamente próxima a média. A variável apresenta desvio padrão em relação à média de 555,9%, sugerindo assimetria na saúde suplementar.

A Participação do Capital de Terceiros média do setor é de 3 vezes mais do que o patrimônio líquido investido pelos sócios ou acionistas. O indicador apresenta grande assimetria entre as operadoras.

Tabela 7 – Estatística descritiva para os indicadores econômico-financeiros (Brasil – 2014)

Estatística		LC	ROE	DM	CT
Média	Valor	2,4726	-1,6517	0,6063	3,1134
Mediana	Valor	1,4704	0,1349	0,7523	1,5165
Desvio Padrão	Valor	7,0823	54,6007	4,2321	17,2127
	Desvio padrão / média	286,4%	-3305,8%	698,0%	552,9%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

O resultado líquido por beneficiário do setor é de R\$ 13,38, em média. Esse dado apresenta um desvio padrão muito maior que a média, sugerindo que o setor é acentuadamente assimétrico quanto ao lucro por beneficiário.

A Tabela 8 apresenta informações para os indicadores econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde no ano de 2014, segregados por modalidade. As operadoras de Autogestão, em média, conseguiriam pagar todos os seus passivos de curto prazo, usando apenas seus ativos de curto prazo, 4 vezes. Elas apresentam a maior liquidez corrente (LC) média do setor. A estatística desvio padrão da LC é 373% e 359% em relação à média, das modalidades Odontologia em Grupo e Medicina em Grupo, respectivamente, sugerindo uma maior desigualdade nessas modalidades, se comparado as Cooperativas Odontológicas que tem dispersão de 52% em relação à média.

O Retorno sobre o patrimônio líquido das Odontologias em Grupo, é, em média, negativo em 9,95, se não for retirado um extremo (-1667,9), que envia a análise estatística. Retirado esse extremo essa modalidade tem o ROE positivo, as operadoras filantrópicas apresentam a menor média de retorno, de -0,8.

A Margem Bruta (índice de despesas médicas) das operadoras de Autogestão tem média negativa em 0,35. Elas apresentam mediana positiva e a maior dispersão de dados do setor. Esse Índice de Despesas Médicas apresenta desvio padrão de 26,9% em relação à média nas Cooperativas Odontológicas, sendo a modalidade com menor assimetria dentre as modalidades de operadoras de planos de saúde.

O resultado líquido por beneficiário é de R\$ 34,06, em média, nas Cooperativas Médicas, o maior do setor, com dispersão de 1274% em relação da média. A modalidade que apresenta menor RL *per capita* são as de Autogestão. As operadoras que a estatística sugere menor assimetria são as de Autogestão, que mesmo assim apresentação desvio padrão 277% em relação à média.

A Participação do Capital de Terceiros em desvio padrão em relação à média mais altos nas operadoras de odontologia em grupo e nas filantrópicas. As Seguradoras Especializadas em Saúde apresentam a menor dependência de terceiros, dentre as modalidades.

Foram calculados os indicadores econômico-financeiro na modalidade de Autogestão, para as operadoras com e sem mantenedora. As operadoras de Autogestão por RH não tiveram esses indicadores calculados pois são dispensadas de enviar seus quadros econômico-financeiros à ANS (BRASIL, 2015h).

Tabela 8 – Estatística descritiva, por segmentação, dos indicadores econômico-financeiros (Brasil – 2014)

Segmento	Modalidade	Estatística	LC	ROE	DM	CT	
	Autogestão	Média	4,2883	0,2010	-0,352	1,5677	
		Mediana	2,5718	0,1205	0,8868	0,4503	
		Desvio Padrão	6,3379	0,7159	9,4464	4,6486	
	Cooperativa Médica	Média	1,5673	0,1996	0,7916	2,6932	
		Mediana	1,4074	0,1558	0,8044	2,1216	
		Desvio Padrão	0,6290	0,4536	0,2764	2,2844	
	Médico-hospitalar	Medicina em grupo	Média	2,2657	0,0373	0,7296	3,0420
			Mediana	1,1826	0,1313	0,7588	1,6593
			Desvio Padrão	8,1468	1,9492	0,1787	9,3751
	Seguradora Especializada em Saúde	Média	1,7247	-0,1120	0,9434	1,3817	
		Mediana	1,4303	0,0750	0,8628	1,1171	
		Desvio Padrão	1,3592	0,4388	0,1921	0,6718	
	Filantropia	Média	1,1400	-0,8324	0,7391	7,0755	
		Mediana	0,9481	0,0979	0,7878	1,0981	
		Desvio Padrão	0,8000	5,6018	0,2151	34,4802	
Exclusivamente odontológico	Odontologia de Grupo	Média	3,4917	0,4118	0,3013	4,9580	
		Mediana	1,5498	0,1613	0,3031	0,7909	
		Desvio Padrão	13,0257	3,9682	0,2228	35,0419	
	Cooperativa Odontológica	Média	2,4132	0,0616	0,5748	1,7049	
		Mediana	2,0009	0,0743	0,5710	1,0893	
		Desvio Padrão	1,2558	0,2751	0,1548	2,4706	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

A Tabela 9 apresenta informações para os componentes do indicador de satisfação dos beneficiários no ano de 2014. Tendo em vista que estes indicadores variam entre zero e um, constata-se que o indicador de desistência no primeiro ano é o que se encontra mais próximo do valor máximo. O componente que apresenta mediana mais distante da média é o Índice de Reclamações, o que sugere maior assimetria nos dados.

Observando-se a estatística desvio padrão, encontra-se que o componente de sanções pecuniárias é o que apresenta a maior dispersão, de 36,9% da média, sugerindo maior diferença entre as operadoras para este indicador. Já o componente de desistência de beneficiários apresentou o menor desvio padrão, de 12,3% em relação à média, indicando uma maior similaridade entre as operadoras.

Tabela 9 – Estatística descritiva para os indicadores de satisfação (Brasil – 2014)

Estatística		Proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano	Sanção pecuniária em primeira instância	Índice de Reclamações
Média	Valor	0,7397	0,6449	0,6807
Mediana	Valor	0,7654	0,7112	0,7529
Desvio Padrão	Valor	0,1306	0,2550	0,2923
	Desvio padrão / média	12,3%	36,9%	34,0%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

4.3 Estatística Descritiva - Análise de Correlação Linear

Na Tabela 10 apresenta-se os dados da correlação entre o ROE, LC, DM e CT e o IDSB. Observa-se que as correlações são baixas, sendo que a relação entre ROE, DM e CT e o IDSB é negativa, enquanto que a relação entre LC e IDSB é positiva.

A correlação dos mesmos indicadores econômico-financeiros com indicador geral do desempenho da saúde suplementar (IDSS) têm correlações baixas. As correlações são baixas, sendo que somente a relação entre DM e IDSS é negativa.

Tabela 10 – Análise de Correlação entre Indicadores Financeiros e de Satisfação do Cliente (Brasil – 2014)

Estatística Financeira	IDSB
ROE	-0,012344
DM	-0,044577
LC	0,076766
CT	-0,032628

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

4.4 Análise de Eficiência

Para realizar a análise de eficiência das operadoras de planos de saúde, no setor da saúde suplementar, será analisado o indicador de satisfação dos beneficiários como variável de resultado e os indicadores econômico-financeiros ROE, LC e CT como variáveis de insumo, ambas referentes ao ano de 2014. Ao utilizar a técnica DEA foi possível avaliar quais

operadoras de planos de saúde foram eficientes em produzir satisfação nos usuários nos serviços, dada a situação econômico-financeira do período.

Foi realizada a análise de 929 operadoras de planos de saúde e os resultados apontaram que 71 operadoras são eficientes, ou seja, atingiram o índice máximo, igual a 1 e na Análise Envoltória de Dados isso significa que a operadora foi eficiente produção de satisfação no beneficiário, considerando a situação econômico-financeira de cada operadora.

A maioria das operadoras, 65,45%, se concentraram no intervalo dos índices $0,80 \leq x \leq 1$, apresentando eficiência mais alta. No intervalo dos índices $0,90 \leq x < 1$ estão 39,72% das OPS.

Os dois últimos intervalos, os índices abaixo de 0,20, que são as operadoras menos eficientes, registraram 3 operadoras de saúde de planos, sendo 2 no intervalo de $0,10 \leq x < 0,20$ e 1 no intervalo de $0,00 \leq x < 0,10$. Na tabela 11 é apresentado o nome das operadoras de planos de saúde e seus respectivos índices.

Tabela 11 – Operadoras menos eficientes (Brasil – 2014)

Operadora	Modalidade	Registro	Índice
Centro Trasmontano de São Paulo	Medicina em Grupo	303623	0,1993
Salutar Saúde Seguradora	Seguradora Especializada em Saúde	000027	0,1922
Prevent Senior Corporate Operadora de Saúde	Medicina em Grupo	413267	0,0396

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

As operadoras menos eficientes possuem indicadores econômico-financeiros próximos a média do setor. Pode-se dizer que para melhorarem sua eficiência, sob orientação a resultado, poderiam aumentar a satisfação de seus beneficiários, ou seja, a qualidade dos serviços prestados, sem alterarem suas situações econômico-financeiras.

A Tabela 12 apresenta a distribuição dos índices de eficiência e as médias dos seus respectivos índices de qualidade e indicadores econômico-financeiros. As tabelas 13 e 14 apresentam as a distribuição dos índices de eficiência, por modalidade, do segmento médico-hospitalar e exclusivamente odontológico, respectivamente.

Tabela 12 – Distribuição dos índices de eficiência (Brasil – 2014)

Eficiência	Quantidade de Operadoras	Médias			
		IDBS	ROE	LC	CT
1	71	0,9988	-23,5408	6,6684	6,0283
$0,90 \leq x < 1$	369	0,9623	0,3365	2,4516	2,1395
$0,80 \leq x < 0,90$	168	0,8486	0,1526	2,0492	2,4127
$0,70 \leq x < 0,80$	98	0,8147	0,1485	1,8769	3,2384
$0,60 \leq x < 0,70$	76	0,6567	0,1576	1,8856	2,4181
$0,50 \leq x < 0,60$	54	0,5555	0,1711	1,9505	4,1024
$0,40 \leq x < 0,50$	39	0,4408	-1,7767	2,7254	6,6501
$0,30 \leq x < 0,40$	33	0,3466	-0,0197	1,3538	3,0499
$0,20 \leq x < 0,30$	18	0,2611	0,5700	1,1131	2,2707
$0,10 \leq x < 0,20$	2	0,1958	-0,3867	1,1509	1,2821
$0,00 \leq x < 0,10$	1	0,0396	0,3550	5,1154	0,2261

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Tabela 13 – Distribuição dos índices de eficiência, por modalidade, do segmento médico-hospitalar (Brasil – 2014)

Eficiência	Quantidade por modalidade				
	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina em Grupo	Seguradora especializada em Saúde
1	7	3	2	10	0
$0,90 \leq x < 1$	55	64	21	44	0
$0,80 \leq x < 0,90$	22	94	11	22	0
$0,70 \leq x < 0,80$	8	49	3	31	1
$0,60 \leq x < 0,70$	11	34	5	23	0
$0,50 \leq x < 0,60$	7	28	1	18	0
$0,40 \leq x < 0,50$	3	10	2	20	2
$0,30 \leq x < 0,40$	4	6	1	17	5
$0,20 \leq x < 0,30$	0	2	0	15	1
$0,10 \leq x < 0,20$	0	0	0	1	1
$0,00 \leq x < 0,10$	0	0	0	1	0
TOTAL	117	290	46	202	10

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Tabela 14 – Distribuição dos índices de eficiência, por modalidade, do segmento exclusivamente odontológico (Brasil – 2014)

Eficiência	Quantidade por modalidade	
	Cooperativa Odontológica	Odontologia em Grupo
1	3	46
$0,90 \leq x < 1$	93	92
$0,80 \leq x < 0,90$	6	13
$0,70 \leq x < 0,80$	0	6
$0,60 \leq x < 0,70$	0	3
$0,50 \leq x < 0,60$	0	0
$0,40 \leq x < 0,50$	1	1
$0,30 \leq x < 0,40$	0	0
$0,20 \leq x < 0,30$	0	0
$0,10 \leq x < 0,20$	0	0
$0,00 \leq x < 0,10$	0	0
TOTAL	103	161

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Constata-se que as entre as operadoras mais eficientes, com índice igual a 1, 64,79% são da modalidade Odontologia em Grupo. Essa modalidade tem 151 das operadas analisadas

ou seja, 93,79%, concentradas no intervalo do índice de eficiência $0,80 \leq x \leq 1$, indicando que os beneficiários dessa modalidade apresentam maiores níveis de satisfação em relação ao serviço prestado.

As Seguradoras Especializadas em Saúde têm 70% das operadoras com índices de eficiência abaixo que 0,40, apresentando assim a maior quantidade, proporcionalmente ao número total de operadoras da modalidade, de operadoras pouco eficientes. Conclui-se que seria possível produzir maior satisfação, dada a situação financeira da empresa. Nenhuma operadora apresentou índice maior que 0,80.

As Medicinas em Grupo possuem operadoras em todas os intervalos. Entre as operadoras menos eficientes, duas são dessa modalidade. Observa-se que apenas 37,62% das operadoras apresentam eficiência maior que 0,80, sendo a modalidade com menor participação.

Pode-se dizer, analisando as Tabelas 13 e 14, que as modalidades de operadoras de planos de saúde menos eficientes são as Medicinas em Grupo e as Seguradoras Especializadas em Saúde, por apresentarem a maioria das operadoras classificadas como menos eficientes. Portanto, dado os indicadores econômico-financeiros apresentados pelas OPS, teriam condições de apresentarem maior IDSB.

Por outro lado, as duas modalidades do segmento exclusivamente odontológico são as que apresentam mais operadoras com maior eficientes. Com índices de eficiência maiores que 0,80, as Cooperativas Odontológicas e as Odontologias em Grupo possuem, respectivamente, 99,02% e 93,79% de suas operadoras.

Cabe ressaltar que o segmento médico-hospitalar é mais arriscado que o exclusivamente odontológico (LEAL, 2014). O segmento exclusivamente odontológico tem seu atendimento restrito a uma área do corpo humano, enquanto médico-hospitalar possui uma gama de atendimento irrestrita. Pode-se atribuir o nível de satisfação dos clientes maior no segmento Exclusivamente Odontológico a essa restrição, que, por si só, diminui a ocorrência de erros e reclamações.

Ao se analisar o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS médio das operadoras de planos de saúde separados pelos intervalos dos índices de eficiência apresentado na Tabela 12, é constatado que as operadoras mais eficientes (índice 1) possuem uma média de IDSS que não é a mais alta entre os intervalos. Cabe ressaltar que o desempenho de atenção à saúde (IDAS) das operadoras classificadas com mais eficientes, tem a segunda menor média.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do estudo foi avaliar as operadoras de planos de saúde, analisando se existe alguma relação entre o nível de satisfação dos beneficiários e a situação econômico-financeira delas, no ano de 2014 e verificar se há um padrão entre os resultados obtidos. Para tanto foram analisadas 929 operadoras brasileiras que obtiveram nota nos Indicadores da Dimensão de Satisfação dos Beneficiários – IDSB, e seus indicadores econômico-financeiros, que representam a situação financeira da empresa.

Foi realizada a análise de eficiência através da técnica DEA e constatou-se que 71 operadoras podem ser consideradas eficientes pois registraram índice igual a 1. Os índices foram divididos em intervalos com variação de 0,10, sendo o primeiro o intervalo mais eficiente e os últimos como intervalos das operadoras menos eficientes. Identificou-se que 369 operadoras brasileiras se encontram no segundo intervalo de eficiência, seguidos por 168 operadoras que foram classificadas no terceiro intervalo. 2 operadoras ficam no penúltimo intervalo e 1 no último intervalo, sendo esses os intervalos de operadoras menos eficientes. Sendo assim, de acordo com o teste DEA, 7,6% dos municípios analisados foram eficientes na produção de satisfação a seus beneficiários, dado suas situações econômico-financeiras.

Ao se analisar o resultado obtido pela análise de eficiência com as modalidades das operadoras, foi possível identificar que as operadoras do segmento exclusivamente odontológico são as mais eficientes. Essa maior eficiência pode ser explicada pelo fato do segmento Exclusivamente Odontológico ser menos arriscado e mais restrito, que o Médico-Hospitalar.

No que se refere à situação econômico-financeira, não foi possível identificar um padrão. As operadoras eficientes, apresentaram ROE médio negativo, LC média alta e CT alto, enquanto as menos eficientes apresentaram ROE média positivo, LC média alta e CT baixo. Considera-se, nesse estudo, que a melhor situação seria: ROE positivo, LC alta e CT baixo. Portanto, as operadoras que geraram maior satisfação nos seus beneficiários não foram que possuíam melhor situação econômico-financeira, dado dos indicadores escolhidos.

Todavia, o teste de eficiência foi realizado apenas para o ano de 2014. Um teste abordando um horizonte de tempo mais amplo, apresentaria resultados mais robustos. Realizar uma análise contemplando mais indicadores econômico-financeiros, através de uma análise horizontal, ao longo do tempo, pode permitir encontrar padrões quando a situação econômico-financeira.

Sendo assim, para pesquisas futuras, sugere-se que outras variáveis sejam inseridas como variáveis de insumo para realizar a técnica DEA e assim obter um índice mais preciso acerca da eficiência da satisfação do beneficiário em relação a situação econômico-financeira da operadora. Pode-se avaliar também a eficiência de outros indicadores de qualidade da saúde suplementar – atenção à saúde, por exemplo – em relação a situação econômico-financeira da empresa.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE C., PIOVESAN M. F., SANTOS I. S., MARTINS A. C. M., FONSECA A.L., SASSON D., SIMÕES K. A. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.

ALVES, D. C., BAHIA, L., BARROSO, A. F. O papel da justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 279-290, 2009.

ASSAF NETO, A. *Estrutura e Análise de Balanços: um enfoque econômico-financeiro*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

BAHIA, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. di (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. São Paulo, Campinas, UNICAMP, p. 325-361, 2001.

BORTOLUZZI, S. C., ENSSLIN, S. R., LYRIO, M. V. L., ENSSLIN, L. Avaliação de desempenho econômico-financeiro: uma proposta de integração de indicadores contábeis tradicionais por meio da metodologia multicritério de apoio à decisão construtivista (MCDA-C). *Revista Alcance*, Santa Catarina, Vale do Itajaí, UNIVALI, v. 18, n. 2, p. 200-218, abr/jun, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em ago/2016.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em ago/2016.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em ago/2016.

BRASIL. Lei nº. 9.961, de 29 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. 2000a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm. Acesso em ago/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. 2000b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>. Acesso em ago/2016.

BRASIL. Lei nº. 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10185.htm. Acesso em ago/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação Saúde & Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar*, Rio de Janeiro, ANS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Regulação e Saúde 4, Rio de Janeiro, ANS, 1ª edição, 270p., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 137, de 14 de novembro de 2006. Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. 2006a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTEaNw==>. Acesso em ago/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 139, de 24 de novembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. 2006b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTEyMQ==>. Acesso em ago/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 196, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==>. Acesso em ago/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Qualificação da Saúde Suplementar: Nova perspectiva no processo de regulação*. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Qualificação das Operadoras. Rio de Janeiro, ANS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 267, de 24 de agosto de 2011. Institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar. 2011b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTgwMQ==>. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 277, de 4 de novembro de 2011. Institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. 2011a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTg3Nw==>. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Glossário Temático: saúde suplementar*, Projeto de Terminologia da Saúde. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2ª edição, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Índice de Reclamações - Nota Técnica*, set, 2012b. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/informacoes_avaliacoes/IR2015/nota_tecnica_indice_reclamacoes_antigo.pdf. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Autorização de Funcionamento das Operadoras: Orientações Gerais*. Out, 2013. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/guia_a_utorizacao_funcionamento.pdf. Acesso em nov/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Relatório de Qualificação das Operadoras 2014 – ano base 2013*. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, 2014a. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/ID_SS/relatorio_idss_2014.pdf. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Março 2014. Rio de Janeiro, ANS, ano 8, n. 2, jun, 2014b. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2015_mes03_caderno_informacao_final.pdf. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Relatório de Qualificação das Operadoras 2015 – ano base 2014*. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, 2015a. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/ID_SS/relatorio_qualificacao_operadora_2015_ano_base_2014.pdf. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Fichas técnicas dos indicadores do programa de qualificação da saúde suplementar – componente operadoras, avaliação de desempenho referente ao ano de 2014, anexo II*, 2015b. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2015_4_ficha_tecnica_dos_indicadores_anexo_ii.pdf. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Programa de Qualificação de Operadoras é aprimorado*. Out, 2015c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/3026-programa-de-qualificacao-de-operadoras-e-aprimorado>. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 386, de 9 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras e dá outras providências. 2015d. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEwMA==>. Acesso em out/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *IDSS 2016*. 2015e. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/3039-idss-2016>. Acesso em out/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Peso dos indicadores - Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Componente Operadoras – Avaliação de Desempenho referente ao ano de 2014, anexo III*, 2015f. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/IDSS/in15_anexo3.pdf. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Histórico dos resultados – IDSS – 2009 a 2015*, 2015g. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2015_11_historico_dos_resultados_2009_2015.pdf. Acesso em out/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *ANUÁRIO - Aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde*. Rio de Janeiro, ANS, v. 10, 598 p., jul, 2015h. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Anuario/2014_anuario.pdf. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Junho 2015. Rio de

Janeiro, ANS, ano 9, n. 2, jun, 2015i. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2015_mes06_caderno_informacao.pdf. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Qualificação das Operadoras 2015 – ANS Base 2014*. 2015j. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2015_8_1_istagem_completa_resultados_idss_ano_base_2014.pdf. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Março 2014. Rio de Janeiro, ANS, ano 8, n. 2, jun, 2015k. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2015_mes03_caderno_informacao_final.pdf. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Quem somos. Histórico*. 2016a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acesso em ago/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Espaço do Consumidor*, 2016b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos>. Acesso em ago/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Junho 2016. Rio de Janeiro, ANS, ano 10, n. 2, jun, 2016c. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_JUNHO_2016_total.pdf. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Beneficiários de planos de saúde*. 2016d. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3490-beneficiarios-de-planos-de-saude>. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Índice de Reclamações*. 2016e. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes>. Acesso em out/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 405, de 9 de maio de 2016. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências. 2016f. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzI0OA==>. Acesso em set/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar*. 2016g. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Cartilha_Qualiss_Final.pdf. Acesso em out/2016.

CARDOSO, R. L. Regulação econômica e escolhas de práticas contábeis: evidências no mercado de saúde suplementar brasileiro. Tese de Doutorado em Ciências Contábeis. Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 154 p., 2005.

CARVALHO E.B.; CECÍLIO L.C.O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 9, p. 2167-2177, set, 2007

DAROS, R. F.; GOMES, R. S.; SILVA, F. H.; LOPES, T. C. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. *Physis*, v. 26, n. 2, p. 525-547, abr/jun, 2016.

ESCRIVÃO JUNIOR, A.; KOYAMA, M. F. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 4, p. 903-914, jul/ago, 2007.

FERREIRA, C.M.C.; GOMES, A.P. Introdução à análise envoltória de dados. 1ª Ed. Minas Gerais: UFV, 2009.

IUDÍCIBUS, S. *Análise de Balanço*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

LEAL, R. M. O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde. Tese de Doutorado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 296 p., Rio de Janeiro, 2014.

MALTA, D.C.; CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.; JORGE, A.O.; COSTA, M.A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Vol. 9, n. 2, p. 433-444, abr-jun, 2004.

MATARAZZO, D. C. *Análise financeira de balanços: abordagem básica e gerencial*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MELLO, J.C.C.B.S; MEZA, L.A.; GOMES, E.G.; NETO, L.B. Curso de análise envoltória de dados. In: XXXVII SBPO – Simpósio Brasileiro de Pesquisa Operacional, Gramado, Rio Grande do Sul, 2005. Disponível em: http://www.uff.br/decisao/sbpo2005_curso.pdf. Acesso em out/2016.

MENESES, C. S., CECILIO, L. C. O., ANDREAZZA, R., ARAÚJO, E. C., CUGINOTTI, A. P., REIS, A. A. C. Os usuários e a transição tecnológica no setor de saúde suplementar: estudo de caso de uma operadora de plano de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 57-66, jan, 2013.

MOROZINI, J. F.; OLINQUEVITCH, J. L.; HEIN, N. Seleção de índices na análise de balanços: uma aplicação da técnica estatística ‘ACP’. *Revista de Contabilidade e Finanças*, São Paulo – USP, v. 17, n. 41, p. 87 a 99, maio/ago, 2006.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis*, v.18, n.4, p. 767-783, 2008.

PORTELA, M. C., LIMA, S. M. L., UGÁ, M. A. D., GERSCHMAN, S., VASCONCELLOS, M. T. L. Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 399-408, fev, 2010.

ROQUETE, F. F. Impactos da regulamentação estatal na gestão organizacional: o caso de uma cooperativa médica UNIMED no Estado de Minas Gerais. Dissertação de Mestrado em Administração. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, 226 p, 2002.

SALVATORI, R.T.; VENTURA. C.A.A. A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. *Organizações & Sociedades*, Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, vol.19, n.62, jul-set, 2012.

SANTOS F. S.; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 13, n. 5, p. 1463-1475, set-out, 2008.

SANTOS, I. S. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese de Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, 186 p., Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, F. G.; OSÓRIO, F.G.; PIOLA, S.F. Os gastos das famílias com saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 4, p. 719-731, 2002.

SATO, F. R. L. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 49-62, jan-fev, 2007.

SILVA JUNIOR, A. G. et al. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde:

contribuições da integralidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1489-1500, out, 2008.

SOARES, M. A. Análise de indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileiras: uma aplicação da análise fatorial. Dissertação de Mestrado em Ciências Contábeis. Universidade de São Paulo – USP, 122 p., São Paulo, 2006.

VELOSO, G. G., MALIK, A. M. Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. *Revista de Administração de Empresas (eletrônica)*, FGV, São Paulo, v. 9, n. 1, 22 p., jan/jun, 2010

ZIROLDO, R.R., GIMENES, R.O., CASTELO JUNIOR, C. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. *Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 216-221, 2013

APÊNDICE

Quadro A1 – Peso dos indicadores componentes do IDSS (Brasil – 2015, ano-base 2014)

Indicador	Peso
1. Indicadores da dimensão da atenção à saúde	
1.1. Taxa de citopatologia cérvico-vaginal oncótica	3
1.2. Taxa de mamografia	3
1.3. Proporção de parto cesáreo	3
1.4. Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário	2
1.5. Taxa de internação hospitalar	2
1.6. Proporção de consulta médica em pronto socorro	2
1.7. Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica	2
1.8. Taxa de internação por fratura de fêmur em idosos	0
1.9. Número de consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiário - 60 anos ou mais	3
1.10. Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário	2
1.11. Taxa de aplicação tópica profissional de fluor	1,5
1.12. Taxa de raspagem supra-gengival	2
1.13. Taxa de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído	1
1.14. Taxa de exodontia de permanente	1
1.15. Proporção de próteses odontológicas unitárias	1
1.16. Programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças	Bônus 10% ou 15% sobre IDAS
2. Indicadores da dimensão estrutura e operação	
2.1 Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde	1
2.2 Dispersão da rede assistencial médico hospitalar	1
2.3 Dispersão de serviços de urgência e emergência vinte e quatro horas	1
2.4 Dispersão da rede assistencial odontológica	1
2.5 Percentual de qualidade cadastral	3
2.6 Índice de regularidade do envio dos sistemas de informação	3
3. Indicadores da Dimensão Econômico-Financeira	
3.1 Patrimônio líquido ajustado por margem de solvência	2
3.2 Liquidez corrente	1
3.3 Provisão de eventos ocorridos e não avisados	1
3.4 Suficiência em ativos garantidores vinculados	2
4. Indicadores da Dimensão Satisfação do Beneficiário	
4.1. Proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano	1
4.2. Sanção pecuniária em primeira instância	1
4.3. Índice de reclamações	3

Fonte: Elaboração própria com base em Brasil (2015f).

Quadro A2 – Quadro-resumo da revisão de Estudos Aplicados.

Artigo	Objetivo	Área de Conhecimento	Dados	Método	Principais Resultados
Menezes et al. (2011)	Analisar casos específicos de uma OPS de <i>case management</i>	Administrativo	Experiência de 6 beneficiários que utilizam os <i>case management</i> , e seus familiares.	Estudo de caso qualitativo Entrevista	A gestão assistida traz valor de uso ao serviço prestado, por ser mais relacional. As reclamações são quanto a questões regulatórias.
Pietrobon, Prado e Caetano (2008)	Contextualizar a saúde suplementar no Brasil	Jurídico e histórico	Artigos, periódicos e legislação	Análise da literatura e visão crítica	A disputa entre diversos setores culminou na criação da ANS. A ANS é uma realidade essencial para a evolução do setor, mas necessita de aprimoramento.
Cardoso (2005)	Relação da regulação econômica e as práticas contábeis adotadas pelas OPS (gerenciamento de resultado)	Econômico e contábil	9.805 Informações contábeis trimestrais das OPS entre 2011 e 2013	Análise da distribuição de frequência	As OPS gerenciam seus números para alcançar os parâmetros mínimos exigidos pela ANS.
Soares (2006)	Análise de indicadores econômicos financeiros para avaliação de desempenho das OPS	Econômico e contábil	211 demonstrações contábeis de OPS do ano de 2004.	Análise Fatorial Revisão da Literatura	Os indicadores usados pela ANS foram relevantes para avaliar e classificar as OPS em relação a saúde econômico-financeira.
Roquete (2002)	Analisar impactos da regulamentação estatal na gestão de uma cooperativa médica.	Jurídico e administrativo	Reuniões com membros de uma Unimed de MG para análise das mudanças entre julho de 1998 e novembro de 2001.	Abordagem sistêmica de análise organizacional Análise Qualitativa Entrevista	Mudanças no âmbito estratégico, estrutural, tecnológico, humano, cultural e político para se adaptar ao novo contexto e a alta competitividade.
Santos (2009)	Relação público-privado e seus efeitos na desigualdade de uso, financiamento e a oferta de serviços	Relação com o setor público	Artigos, periódicos e legislação	Análise Descritiva Revisão da Literatura	A regulação brasileira para as OPS contribui para desigualdade social, não objetivando a defesa do sistema público.

Continua

Continuação

Escrivão Junior Koyama (2007)	O relacionamento entre hospitais e OPS no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS	Administrativo	Experiência de 14 gestores de OPS sobre o uso de indicadores assistenciais	Entrevista Questionário	Inclusão do desempenho e da qualidade da assistência prestada pela rede credenciada ao beneficiário como um dos componentes da valoração remunerativa.
Daros, Gomes, Silva e Lopes (2016)	A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade.	Administrativo	1013 e-mail enviados a central de atendimento da ANS da região sudeste com a caracterização Acesso aos serviços e continuidade do cuidado	Análise Descritiva Estudo de caso	A qualidade e integridade da satisfação está sendo afetada pela contenção de custos pela OPS, que, por vezes, configuram limitações ao direito a saúde.
Alves, Bahia e Barroso (2009)	Noção do grau de responsabilidade do Poder Judiciário quando se trata da problemática envolvendo planos privados de saúde.	Social	1020 recursos de decisões judiciais julgados nos Tribunais de Justiça do Rio de Janeiro e de São Paulo, entre janeiro de 2003 e agosto de 2005.	Análise Descritiva	Ressalta-se o importante papel da ANS na promoção da saúde como bem de relevância pública. Considerando-se que ainda existem lacunas na regulação, o papel do poder judiciário é relevante.
Leal (2014)	Analisar os resultados econômicos do mercado de planos de saúde no Brasil, no período após a implantação do marco regulatório setorial no final do século XX.	Econômico e contábil	Normas legais e infralegais e dados empíricos do setor (demonstrativos contábeis) entre 1999 e 2012.	Análise Descritiva Revisão da Literatura	Foram identificadas mudanças, destacando-se as estratégias de diminuição do risco das carteiras, aumento das receitas financeiras, estabilidade de receitas de mensalidade e aumento da taxa de sinistralidade.

Continua

Conclusão

Portela et al. (2010)	Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil	Administrativo	Entrevista com os dirigentes de uma amostra de 74 hospitais, entre setembro e dezembro de 2006.	Entrevista	Os hospitais que prestam serviços apenas para OPS, apresentam maior presença de estruturas e práticas de qualificação da gestão e de monitoramento da qualidade assistencial.
Zirolto, Gimenes e Castelo Junior (2013)	A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil	Relação com o setor público	Dados estatísticos, financeiros e regulatórios	Análise Descritiva Revisão da Literatura	Contatou-se que o SUS não teria condições de suprir a demanda caso não existisse o setor privado. Porém a regulação cria um cenário de grande dificuldade de manutenção das empresas que participam da Saúde Suplementar.
Veloso e Malik (2010)	Avaliar o desempenho econômico-financeiro de empresas da área de Saúde, comparando hospitais, OPS e empresas em geral.	Econômico e contábil	Dados dos balanços financeiros do exercício de 2006	Testes não paramétricos da mediana e do qui quadrado	A rentabilidade de hospitais com maiores receitas não parece diferir significativamente da de outras empresas da economia.

Fonte: Elaboração própria.