

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO FECAP

MESTRADO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

ISABEL CRISTINA BARBOSA PINHEIRO

**EFEITOS DA REGULAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA NAS
ESTRATÉGIAS DE FINANCIAMENTO DAS OPERADORAS
DE PLANO DE SAÚDE: COOPERATIVAS MÉDICAS
VERSUS MEDICINAS DE GRUPO**

São Paulo

2014

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO FECAP

MESTRADO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

ISABEL CRISTINA BARBOSA PINHEIRO

**EFEITOS DA REGULAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA
NAS ESTRATÉGIAS DE FINANCIAMENTO DAS
OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE: COOPERATIVAS
MÉDICAS *VERSUS* MEDICINAS DE GRUPO**

Dissertação apresentada à Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP, como requisito obrigatório para obtenção do título de mestre em Ciências Contábeis.

Orientador: Prof. Dr. Ivam Ricardo Peleias

Coorientador: Prof. Dr. Aldy Fernandes da Silva

São Paulo

2014

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO – FECAP

Reitor: Prof. Edison Simoni da Silva

Pró-reitor de Graduação: Prof. Taiguara de Freitas Langrafe

Pró-reitor de Pós-graduação: Prof. Edison Simoni da Silva

Coordenador de Mestrado em Ciências Contábeis: Prof. Dr. Claudio Parisi

FICHA CATALOGRÁFICA

P654e

Pinheiro, Isabel Cristina Barbosa

Efeitos da Regulação Econômico-Financeira nas Estratégias de Financiamento das Operadoras de Plano De Saúde: cooperativas médicas *versus* medicinas de grupo / Isabel Cristina Barbosa Pinheiro. -- São Paulo, 2014.

94 f.

Orientador: Prof. Dr. Ivam Ricardo Peleias

Coorientador: Prof. Dr. Aldy Fernandes da Silva

Dissertação (mestrado) – Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP – Mestrado em Ciências Contábeis.

1. Saúde suplementar – Brasil – Finanças. 2. Saúde suplementar – Desenvolvimento econômico. 3. Saúde suplementar – Brasil – Contabilidade. 4. Saúde suplementar – Legislação. 5. Medicina de grupo – Brasil. 6. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

CDD 368.382

FOLHA DE APROVAÇÃO

ISABEL CRISTINA BARBOSA PINHEIRO

EFEITOS DA REGULAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA NAS ESTRATÉGIAS DE FINANCIAMENTO DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE: COOPERATIVAS MÉDICAS *VERSUS* MEDICINAS DE GRUPO

Trabalho de Dissertação apresentado à Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP, como requisito para o título de mestre em Ciências Contábeis.

COMISSÃO JULGADORA:

Prof. Dr. Eliseu Martins
Universidade de São Paulo – USP

Prof. Dr. Aldy Fernandes da Silva
Centro Universitário FECAP
Professor Coorientador

Prof. Dr. Ivam Ricardo Peleias
Centro Universitário FECAP
Professor Orientador – Presidente da Banca Examinadora

São Paulo, 24 de fevereiro de 2014.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais e ao meu marido por todo incentivo e apoio às minhas escolhas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Marcia e Carlos (em memória), pela educação que me deram e, principalmente, pelo amor e carinho com que me ensinaram a crescer.

Ao meu irmão Samuel (em memória), por ter sido um exemplo e a pessoa que sempre me incentivou a estudar.

Ao meu marido Thiago, por ser a minha melhor companhia desde o momento em que o conheci.

Ao meu filho Leonardo, que mesmo antes de nascer, têm sido minha maior fonte de inspiração e determinação nessa etapa final do curso.

A minha amiga Amanda, com quem divido meus dias de trabalho na Fecap e que acompanhou de perto a minha jornada pelo Mestrado sempre com uma palavra de incentivo.

Ao meu orientador Professor Ivam, por todo conhecimento compartilhado e que desde o início acreditou no meu trabalho.

Ao meu coorientador Professor Aldy, pelo conhecimento e apoio fundamental no tratamento estatístico dos dados.

Ao Professor Eliseu, pelas contribuições que enriqueceram substancialmente essa pesquisa.

Ao Sr. Washington Oliveira Alves, Danielle Bocca e Carla Godoy da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS pela ajuda no envio dos dados.

A todos os professores do Programa de Mestrado da Fecap pelo apoio e incentivo de ingresso na área acadêmica.

A todos os meus amigos e familiares que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

EPIGRAFE

**“A mente que se expande a uma nova ideia
jamais volta ao seu tamanho original”
Albert Einstein.**

RESUMO

A rede pública de saúde no Brasil é precária e não atende de forma plena às necessidades da população. Conseqüentemente, o mercado privado de assistência à saúde tem crescido nos últimos anos e com isso a função do Estado vem se alterando, passando de executor para regulador deste setor de atividade. Um alvo da regulação é a questão econômico-financeira. Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo identificar o comportamento das estratégias de financiamento adotadas pelas cooperativas médicas e medicinas de grupo frente aos marcos regulatórios do setor de saúde suplementar no Brasil. Os resultados da pesquisa indicam que com a obrigatoriedade dos Ativos Garantidores - AG, 1º momento regulatório, os índices de Endividamento, tanto geral quanto de longo prazo tiveram um aumento significativo, o que indica a utilização de Capital de Terceiros ao invés do Capital Próprio. Observou-se que apenas as Cooperativas Médicas apresentaram um aumento no Endividamento Geral. Isso indicou que as Cooperativas Médicas, diferentemente, das Medicinas de Grupo, se capitalizaram com recursos de terceiros ao invés do Capital Próprio. Notou-se que ambas as modalidades adotaram a estratégia de aumentar a dívida de longo prazo e reduzir as de curto prazo (composição do endividamento). Com a instituição do Fundo Garantidor da Saúde - FGS, 2º momento regulatório, os índices de Liquidez Geral e Corrente diminuíram, indicando que a proposta do programa FGS, de reduzir as garantias financeiras e melhorar o capital de giro, não ocorreu. Observou-se que para as Cooperativas Médicas o endividamento geral diminuiu e em contrapartida para as Medicinas de Grupo aumentou. Contudo, conclui-se que houve um equilíbrio entre os índices de Endividamento e Liquidez ao longo do período e que para as operadoras se manterem no mercado terão que atender as regras, adaptando-se e melhorando a qualidade da sua gestão.

Palavras-chave: ANS. Desempenho Econômico Financeiro. Regulação. Saúde suplementar. Contabilidade.

ABSTRACT

The Brazilian public health system is deficient and doesn't fully meet the needs of the population. As a result, the private health care market has grown in recent years, which has changed the role of the state from executive to regulator of that sector. Regulation includes tackling the economic and financial issue. Our study aimed to identify the behavior of financing strategies adopted by medical cooperatives and group medicines to meet the regulatory benchmarks of the supplementary health care sector in Brazil. The survey results show that the mandatory Guaranteeing Assets (Ativos Garantidores, AG), 1st regulatory moment, resulted in a significant increase of both the overall and the long term indebtedness indexes, which reveals the use of Third-party capital instead of Equity capital. Only the Medical Cooperatives featured increased Overall Indebtedness, which means that the Medical Cooperatives, unlike Group Medicines, are capitalized by third-party funds rather than by Equity Capital. Both modalities adopted the strategy of increasing their long-term debt and reducing their short term debt (debt composition). With the introduction of the Health Guarantor Fund (Fundo Garantidor da Saúde, FGS), 2nd regulatory moment, the Overall and Current Liquidity indexes decreased, showing that the goal of the FGS program to reduce financial guarantees and to improve working capital wasn't met. Medical Cooperatives managed to reduce their overall debt, whereas the overall debt of Group Medicines increased. We conclude that there was a balance between the Indebtedness indexes and Liquidity over the period and that operators who wish to remain in the market must comply with the rules, adapting and improving the quality of their management.

Keywords: National Supplementary Health Agency. Economic and Financial Performance. Regulation. Supplementary Health. Accounting.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AG	Ativos Garantidores
ANS	Agência Nacional da Saúde Suplementar
CE	Composição do Endividamento
CM	Cooperativa Médica
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CTCP	Capital de Terceiros sobre Capital Próprio
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras
DIOPS	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
ENDIV	Endividamento
ENDIVCP	Endividamento de Curto Prazo
ENDIVLP	Endividamento de Longo Prazo
FGC	Fundo Garantidor de Crédito
FGS	Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar
GF	Garantias Financeiras
IMOB	Imobilizado
IMOBPL	Imobilização do Patrimônio Líquido
LC	Liquidez Corrente
LG	Liquidez Geral
MG	Medicina de Grupo
OPS	Operadoras de Plano de Saúde
PEONA	Provisão para Sinistros Ocorridos e Não Avisados
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada

RE	Resolução Especial
RN	Resolução Normativa
ROA	Rentabilidade do Ativo
ROE	Rentabilidade do Patrimônio Líquido
STF	Supremo Tribunal Federal
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TC	Teoria da Captura
TER	Teoria da Regulação Econômica
TIP	Teoria do Interesse Público

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 QUESTÃO DE PESQUISA	14
1.2 OBJETIVO GERAL	15
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	15
1.6 JUSTIFICATIVA	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	18
2.1.1 COOPERATIVA MÉDICA	19
2.1.2 MEDICINA DE GRUPO	22
2.2 TEORIA DA REGULAÇÃO ECONÔMICA	23
2.2.1 REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL	29
2.2.1.1 <i>Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS</i>	32
2.2.1.2 <i>Estrutura da ANS</i>	34
2.2.2 REGULAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA	36
2.3 ÍNDICES DE DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO	40
2.4 ESTUDOS ANTERIORES	47
3 METODOLOGIA	53
3.1 TIPO DE PESQUISA	53
3.2 CAMPO DE ESTUDO	53
3.3 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DA PESQUISA	54
3.4 METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS	56
4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	58
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS ÍNDICES ECONÔMICO-FINANCEIROS	58
4.2 ESTRATÉGIAS DE FINANCIAMENTO DAS OPERADORAS DE SAÚDE	60
4.3 REGULAÇÃO E RENTABILIDADE DAS OPERADORAS DE SAÚDE	66
4.3.1 PERÍODO 2001 A 2008	67
4.3.2 PERÍODO 2004 A 2012	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	77

1 INTRODUÇÃO

O setor público de saúde brasileiro é precário e não atende de forma plena as necessidades da população. De acordo com o art. nº 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), a saúde é direito de todos e cabe ao Estado garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção. No entanto, na prática, ainda há muito que evoluir, os serviços e o atendimento público são ruins. Há escassez de serviços públicos nessa área. Por conta disso, o mercado de saúde suplementar tem crescido no Brasil e apresenta potencial para o futuro.

Pesquisa realizada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS (2011) apontou que 67% dos entrevistados gostariam de ter um plano de saúde, opção de compra que perde apenas para a aquisição da casa própria. A pesquisa revela e permite afirmar que o serviço público de saúde não atende as necessidades da população, que se mostra disposta a pagar pelo atendimento particular, sem depender do serviço público de saúde. A pesquisa também responde a razão do crescimento do setor de saúde suplementar.

Levantamento realizado pela Agência Nacional da Saúde Suplementar - ANS [2013] apontou que de dezembro de 2003 a junho de 2013 o número de beneficiários cresceu de 32.074.667 para 49.231.643. Isso corresponde a uma evolução de cerca de 53,49%, ou 17.156.976 novos beneficiários que adquiriram plano de saúde para um queda de 28,70% de operadoras médico-hospitalares, ou seja, de 1345 operadoras para apenas 959.

O crescimento do setor tem caráter econômico e também social. Lidar com a saúde das pessoas é uma grande responsabilidade e tem papel importante no desenvolvimento do país. Segundo dados da ANS [2013], as cooperativas médicas geram receitas anuais em torno de R\$ 33.949.822.594, em seguida aparecem as empresas de medicina de grupo, responsáveis por uma receita anual em torno de R\$ 27.655.724.608. A eficiência das operadoras de planos de saúde (doravante operadoras) está alinhada à qualidade dos serviços prestados aos seus usuários e, dessa forma, à sua contribuição a sociedade.

O desempenho econômico-financeiro das operadoras está ligado à forma com que elas têm sido geridas e refletem a pressão governamental exercida por conta da regulação do setor. A regulação é exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que atua para assistir o Estado no que é de sua competência. A ANS, criada a partir da Lei nº 9.961 de

28 de Janeiro de 2000, está vinculada ao Ministério da Saúde. Tem como finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras brasileiras. Dentre suas atribuições está a expedição de normas e padrões de natureza econômico-financeira, conforme Seção 1, art. 3 “XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões”. (BRASIL, 2000).

É possível compreender o envolvimento de práticas contábeis nas diferentes fases da evolução do setor da saúde. (JONES; MELLETT, 2007). Para Chua e Preston (1994, p. 1), “a abertura de um espaço maior para a contabilidade na área da saúde teve um efeito significativo sobre a expansão de sistemas de controle de custos e influenciou a maneira como se fala dos cuidados da saúde”. Segundo os autores, a contabilidade contribuiu para o controle de custos. Um exemplo da influência da Contabilidade na maneira pelo qual se fala das unidades de saúde é a afirmação de Ribeiro Filho et al (2005) de que a saúde não tem preço, mas tem custo.

Lima e Lima (1998) asseveram que um problema enfrentado pelas operadoras é a gestão dos custos. Essas informações, apresentadas de forma conjunta e comparativa com as receitas dos vários serviços oferecidos, são importantes para o planejamento e a tomada de decisões. Bonacim e Araujo (2011) são enfáticos ao afirmarem que as informações de natureza econômico-financeira são um valioso instrumento para enfrentar os desafios impostos pela regulação.

A promulgação das normas e padrões econômico-financeiros tem influenciado as práticas contábeis das operadoras. Este cenário oferece oportunidade para discorrer sobre os efeitos da regulação econômico-financeira nas estratégias de financiamento das operadoras de plano de saúde, observando se a resposta das cooperativas médicas difere-se das medicinas de grupo.

1.1 QUESTÃO DE PESQUISA

O problema de pesquisa desse estudo se dá com a seguinte questão: **Qual o comportamento das estratégias de financiamento das cooperativas médicas e medicinas de grupo frente aos marcos regulatórios da área de saúde suplementar no Brasil?**

1.2 OBJETIVO GERAL

O objetivo principal desse trabalho é analisar o comportamento das estratégias de financiamento das cooperativas médicas e medicinas de grupo frente aos marcos regulatórios do setor da saúde suplementar no Brasil.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos da pesquisa estão em:

- analisar o comportamento da rentabilidade das cooperativas médicas e medicinas de grupo ao longo do tempo;

- identificar se houve diferenças significativas no comportamento das estratégias de financiamento entre cooperativas médicas e medicinas de grupo frente aos marcos regulatórios do setor de saúde suplementar no Brasil.

1.4 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

O objetivo dessa pesquisa é analisar o comportamento das estratégias de financiamento das cooperativas médicas e medicinas de grupo com mais de 20.000 beneficiários, obrigadas a publicar suas Demonstrações Financeiras, do período de 2001 a 2012.

A escolha das modalidades se deve ao fato de que apenas as cooperativas médicas e as medicinas de grupo operam definitivamente convênios médico-hospitalares. As Auto-gestões operam planos, exclusivamente, aos seus próprios funcionários, as Filantropias e as Administradoras coordenam, controlam e administram planos financiados por outras operadoras e as Seguradoras participam apenas como uma intermediadora financeira, trabalhando com sistema de reembolso. Além do mais, o setor de saúde suplementar no Brasil movimenta um total de R\$ 95.336.840.793, sendo que as cooperativas médicas e as medicinas de grupo são as 2 modalidades que juntas representam mais de 50% do mercado de planos de saúde, com receitas de R\$ 33.949.822.594 e R\$ 27.655.724.608, respectivamente. (ANS, 2013).

1.6 JUSTIFICATIVA

O setor de saúde suplementar apresenta um alto risco envolvido em suas operações. Ainda que apresente um ciclo financeiro positivo, com o recebimento antecipado das prestações de serviço, não é possível saber antecipadamente quando irão precisar desembolsar e nem de quanto será esse valor. Segundo Almeida (2008) as OPS não conseguem prever o valor que poderá ser gasto no futuro, pois esse depende, exclusivamente, das condições de saúde dos seus beneficiários. Por conta disso, os autores argumentam que o preço de venda pode se mostrar inadequado e a razão ser atribuída ao aumento dos custos, estimativa inadequada ou ainda a má administração dos recursos.

Outro ponto levantado por Leal e Matos (2009) é o aumento dos custos que pode estar relacionado ao envelhecimento da população. De acordo com Guimarães e Alves (2009) o mercado tem apresentado um aumento no número de operadoras insolventes, contribuindo para a preocupação da saúde financeira das operadoras, principalmente se considerarmos os impactos negativos que podem ocorrer com os beneficiários que não terão a prestação do serviço, caso sua operadora venha à falência. Em uma situação de falência, além dos beneficiários das operadoras, muitos são prejudicados, entre eles os prestadores de serviços, o setor de saúde suplementar e o mercado como um todo. (ALMEIDA, 2008).

Segundo Guimarães e Nossa (2010) a liquidez, solvência e gestão eficiente do capital de giro são fatores importantes para o bom desempenho e sobrevivência das operadoras de planos de saúde. As operadoras devem possuir capitalização proporcional aos riscos assumidos e desenvolver um nível de profissionalização e qualificação da gestão, trazendo segurança econômica e financeira e maior credibilidade aos seus beneficiários. (ALMEIDA, 2008). Guimarães e Alves (2009) argumentam que após a regulação do setor, as operadoras passaram a enfrentar um nível maior de dificuldades financeiras. Entretanto, de acordo com os autores, esse cenário não é muito diferente que de outros países. Diante do exposto, mensurar estes efeitos e acompanhar de perto os resultados produzidos pela regulação é uma preocupação relevante.

A realização desse estudo trará para as operadoras de planos de saúde, informações importantes sobre o comportamento dos índices econômico-financeiros ao longo do período regulatório e as estratégias de financiamento utilizadas pelas operadoras que, de certa forma, contribuíram ou não para sua rentabilidade. Além disso, trará informações que possam

facilitar o entendimento e o propósito da regulação econômico-financeira e a maneira com que a regulação vem sendo implementada pela ANS e, assim contribuindo para o desenvolvimento do setor de saúde suplementar no Brasil.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A gênese do setor de saúde suplementar ocorre no momento em que empresas brasileiras passam a buscar alternativas ao Estado para oferecer este benefício aos seus empregados. Entretanto, o marco inicial ainda não é consenso. A hipótese apontada por Roque (2004), Carvalho e Cecílio (2007) é de que este setor teria iniciado em 1956, com a industrialização do ABC paulista, quando uma empresa de São Paulo contratou um grupo de médicos para dar assistência a seus funcionários em troca de um pagamento fixo, após desativar o serviço interno de saúde. Roque (2004) argumenta que a incapacidade do Estado em prestar serviços à saúde e o crescimento industrial automobilístico nos anos 1960, teriam propiciado o surgimento de grupos de médicos, os quais passaram a se organizar em pequenas estruturas com custos fixos e previsíveis para atender a demanda pelo serviço de cuidados à saúde.

Uma segunda hipótese é a de que o setor surgiu a partir do momento em que empresas do setor público passaram a financiar ações de assistência à saúde aos seus funcionários. (ANS, 2010). Por conta dessas iniciativas, teriam sido constituídas as primeiras empresas de assistência à saúde. E a partir disso, dez anos depois, teriam surgido os denominados convênios médicos entre empresas empregadoras e empresas médicas. (ANS, 2010).

Bahia e Viana (2002) apontam que até meados dos anos 1980, o mercado de planos de saúde era praticamente composto por planos coletivos financiados pelos empregadores. Segundo os autores, após esse período cresceu o número de empresas seguradoras, motivado pela aquisição de planos por funcionários públicos da administração direta, das autarquias e das fundações. As empresas privadas de assistência a saúde passaram a enxergar um mercado ainda embrionário, mas com potencial de altos rendimentos. Costa, R. C. R. (2002, p. 51) relata que nessa época “foi possível observar a estagnação da rede pública de saúde, em detrimento da rede privada”.

A insatisfação pelos serviços do setor público de saúde foi um dos principais motivos que contribuiu para o crescimento do setor privado. (BAHIA; VIANA, 2002; OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006; SALVALAIO; SOUZA, 2009). A previsão na

Constituição Federal (BRASIL, 1988) da oferta de serviços de assistência à saúde por empresas privadas também contribuiu para o crescimento do setor. (ANS, 2010). O aumento do poder aquisitivo da população, a partir do plano real em 1994, foi outro fator que estimulou esse crescimento. (BAHIA; VIANA, 2002).

A sustentação econômica do mercado de planos de saúde ocorre por meio do mutualismo, em que se transfere do individual para o coletivo o elevado risco financeiro associado ao custo de adoecer mediante pagamentos mensais. (ALVES, 2009; OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006). Neste caso, a operadora administra os recursos pagos por uma grande quantidade de usuários. Alves (2009) complementa que esse tipo de negócio possui um ciclo financeiro positivo, no qual as empresas recebem antecipadamente as prestações pagas pelos usuários, na modalidade pré-pagamento, sendo que o pagamento das despesas assistenciais ocorre no futuro, quando os usuários demandam os serviços de saúde.

Os planos de saúde servem aos objetivos da saúde pública, permitem aos usuários diluir o risco das despesas médicas, propiciando a eles o acesso a serviços que de outra forma talvez não o tivessem. (KOFMAN; POLLITZ, 2006).

Nesse sentido, há uma preocupação dos beneficiários em acompanhar o desempenho econômico-financeiro da operadora com quem possuem um contrato de prestação de serviço, pois não sabem quando vão precisar utilizá-lo, sem ter a certeza que terão o serviço acordado.

As operadoras de plano de saúde são classificadas de acordo com seu estatuto jurídico e se apresentam em 6 modalidades, a saber: autogestão; cooperativa médica; filantropia; administradora; seguradora especializada e medicina de grupo. (ANS ([200?])). Na seção 2.1.1 e 2.1.2 serão apresentadas as características das Cooperativas médicas e Medicinas de grupo, objeto de estudo dessa pesquisa.

2.1.1 COOPERATIVA MÉDICA

É uma sociedade sem fim lucrativo, que opera conforme a Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971 – Lei das Cooperativas. (ANS, [200?]; ANS, 2000b). Esta modalidade permite a oferta de trabalho aos seus cooperados pela oferta de planos privados de assistência à saúde. (ANS, 2012b).

A definição proposta pela International Co-operative Alliance – ICA (2007, tradução nossa) é de que uma cooperativa é “uma associação autônoma de pessoas unidas voluntariamente para satisfazer suas necessidades econômicas, sociais e culturais por meio de uma empresa de propriedade coletiva e democraticamente gerida”. Complementa ainda que seus valores baseiam-se em democracia, igualdade, equidade e solidariedade. O artigo 3º da Lei 5.764/71 diz que o “principal objetivo de uma cooperativa, é de contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica de proveito comum...”. (BRASIL, 1971)

Almeida e Sant’anna (2010) relatam que a atividade econômica das cooperativas médicas é exercida pelos cooperados, ou seja, pelos médicos associados que ao mesmo tempo são sócios e prestadores de serviços. De acordo com os autores, os cooperados são motivados a contribuir com bens ou serviços, entendendo os bens, como quotas do capital e serviços como a própria essência da associação cooperativa, ou seja, uma comunhão de prestação de serviços comuns entre os cooperados e com a sociedade. Os autores lembram que, diferentemente do que ocorre nas empresas de medicina de grupo, em que os lucros são distribuídos proporcionalmente ao capital investido, nas cooperativas é dividido entre os cooperados de forma proporcional aos serviços prestados. E concluem que o objetivo é a maior remuneração para o médico que presta serviço.

As cooperativas precisam ser eficientes, competitivas, profissionalizadas e focadas. Além disso, espera-se que contribuam para o bem estar da comunidade e a felicidade das pessoas. (SEIBEL, 2003). O autor complementa que as cooperativas atuam de forma autônoma para prestar assistência médica ambulatorial e hospitalar aos usuários que adquirem esses serviços.

De acordo com Seibel (2003, p. 11) “todo cooperado tem responsabilidades sobre as tomadas de decisões, definição das políticas e suas prioridades, eleição dos dirigentes e controle sobre os mesmos, capitalização e fidelidade nas operações com a cooperativa”. Um desafio para a cooperativa médica é se manter eficiente em um mercado competitivo, em que o próprio administrador é também o médico que atua prestando o serviço. Seibel (2003) complementa que é preciso conciliar o processo democrático de decisões com as demandas de um mercado competitivo, que espera respostas rápidas, gerindo com profissionalismo e comprometimento.

As cooperativas são divididas em 3 graus: singulares, federações e confederações. As singulares possuem uma área de atuação restrita a um ou mais municípios, as federações com uma área de no mínimo 3 singulares e as confederações com uma área de no mínimo 3 federações. As de 1º grau- singulares são autônomas e não podem existir mais de uma em cada município. De acordo com Almeida e Sant'anna (2010), esse sistema permite ajuda mútua e integração entre os diferentes graus.

No Brasil, as cooperativas médicas componentes do Sistema Unimed representam quase 100% do mercado. (ALMEIDA; SANT'ANNA, 2010). O surgimento das cooperativas, segundo Scheffer e Bahia (2010) ocorreu em 1967, a partir da união de médicos independentes, como resposta ao surgimento das empresas de Medicina de Grupo com o intuito de preservar o mercado de trabalho médico. De acordo com Almeida e Sant'Anna (2010) essa modalidade tem verticalizado sua operação, investindo na aquisição, construção e arrendamento de hospitais, para controle da qualidade e independência da rede privada de serviços de saúde.

Para Costa, L. S. O. (2007) com o amadurecimento das cooperativas, elas passaram a se comportar como empresas privadas, incorporando todos os seus problemas, passando a ser mais complexas e com uma administração ainda mais burocrática por conta de seus ideais e princípios.

Os valores e princípios das cooperativas têm uma visão focada no bem estar dos seus cooperados. No entanto, devem se preocupar também com a sua eficiência e gestão de forma a garantir sua sobrevivência. Segundo Seibel (2003), 90% dos custos das cooperativas de serviço de saúde são gerados pelos próprios cooperados no exercício de suas atividades, nos consultórios, clínicas e hospitais.

Com isso a principal dificuldade é de ponderar até que ponto esses gastos são necessários. Alguns dilemas no dia-a-dia como, por exemplo, para que um médico consiga diagnosticar o motivo das enfermidades de um paciente ele precisa solicitar exames, mas antes ele precisa questionar se essa solicitação é mesmo necessária. Se o médico não diagnostica o problema de imediato, o custo do tratamento pode ser ainda mais alto para a cooperativa. No entanto, pedir exames sem a devida necessidade pode elevar muito os custos da prestação do serviço, tornando-se assim um ciclo vicioso. Uma pesquisa realizada por Salvalaio e Souza (2009) em uma operadora de plano de saúde gaúcha apontou que o custo unitário com exames é maior que o custo das consultas médicas.

Nesse sentido, é indispensável capacitar os cooperados para a adequada gestão desses custos, conhecendo e vivenciando a dinâmica da organização e mais, com a consciência de que são os donos do negócio. (SEIBEL, 2003). Para o autor os conflitos nas cooperativas médicas são constantes e o agravamento ocorre por conta da eleição de dirigentes que se omitem, cometem erros por despreparo ou até mesmo por desconhecimento de suas responsabilidades.

2.1.2 MEDICINA DE GRUPO

De acordo com a ANS (2012a) as medicinas de grupo operam os conhecidos convênios médico-hospitalares e podem ser identificadas em 3 tipos diferentes: as que possuem rede própria, as que não possuem rede própria e as que são associadas a hospitais filantrópicos. Prestam serviços médicos e hospitalares mediante pagamentos mensais estabelecidos em contratos. (ALMEIDA; SANT'ANNA, 2010).

De acordo com Almeida e Sant'anna (2010) nessa modalidade, geralmente, os sócios são os próprios médicos que possuem serviços hospitalares próprios. Para os autores os serviços podem ser oferecidos em rede própria ou terceirizados, sendo a escolha livre pelo beneficiário. Complementam também que os convênios podem ser coletivos, individuais e familiares. Para os planos coletivos, a adesão é opcional, e os custos podem ser rateados entre empregador e empregado ou pagos integralmente pelo empregador, nesses casos a adesão geralmente é automática. Percebe-se que as empresas oferecem um plano mínimo sem custo para o empregado e um plano complementar, com uma parte do valor a ser custeado pelo funcionário.

Os autores observam que os planos mais caros oferecem os melhores serviços e uma gama maior de prestadores e que, geralmente, existe carência para a utilização dos serviços. No entanto, para os planos coletivos isso pode não ocorrer, além de serem mais baratos que os planos individuais.

2.2 TEORIA DA REGULAÇÃO ECONÔMICA

Por que o governo colocaria restrições ao comportamento dos agentes? (VISCUSI; VERNON; HARRINGTON, 1995). A Intervenção do Estado na economia é tão antiga quanto a existência de seres humanos. Historicamente, nos Estados Unidos e no Reino Unido, segundo Hantke-Domas (2003), a regulação era movida pela ideia do interesse público desde o século XIX.

Entende-se que a principal função da regulação é assistir o Estado naquilo que lhe cabe, garantindo o interesse da sociedade como um todo e não apenas de um grupo específico. Segundo Stigler (1971) a Teoria do Interesse Público – TIP propõe que a regulação é instituída para proteger e beneficiar o público em geral. E que ocorre por uma demanda da sociedade para proteger e aliviar o sofrimento das pessoas do abuso das empresas que atuam no mercado. (HANTKE-DOMAS, 2003; VISCUSI; VERNON; HARRINGTON, 1995). De acordo com Lima (2006) a regulação atua como um procedimento de defesa do interesse geral contra as falhas de mercado à procura de um bem estar social maior.

Entretanto, Hantke-Domas (2003) relata que a TIP não possui uma origem conhecida. Hantke-Domas (2003) declara não ter identificado nenhum autor que alegasse ascendência intelectual sobre a TIP, nem mesmo que teria mencionado apoio a qualquer autor sobre a referida teoria. Em complemento, aponta que alguns autores como Viscusi, Vernon e Harrington (1995), relacionam a TIP com a economia do bem estar.

Muitos autores argumentam que um dos principais motivos para haver regulação é a existência de falhas de mercado que prejudicam a maximização de benefícios do interesse público. Segundo Santacruz (2001), as falhas de mercado podem ser: externalidades, assimetria informacional e poder de mercado. No início de 1960, o monopólio natural era o mais popular, conhecido pela falta de concorrência que permitia a cobrança de preços bem acima do custo, e pela falta de incentivos dos produtores em investir em novas tecnologias. (CAMPOS, 2008).

As empresas acabam abusando do consumidor quando não há uma concorrência perfeita, prejudicando o funcionamento do mercado. (SANTACRUZ, 2001). Para o autor é preciso haver um equilíbrio entre oferta e demanda para que o mercado opere produzindo ao menor custo possível e vendendo ao menor preço compatível com o custo.

Lima (2006) considera a assimetria informacional uma das principais justificativas para a existência da regulação. A assimetria informacional limita a decisão do agente econômico e sua capacidade de agir, causando perda do bem estar social e eficiência do mercado. (SANTACRUZ, 2001). Na área da saúde, Carvalho e Cecílio (2007) acrescentam que a informação incompleta e assimétrica se agrava em função das mudanças do estado de saúde que podem ocorrer ao longo do tempo. Os usuários não sabem quando vão utilizar o serviço já pago e lembram que o fator tecnológico pode ser favorável em reduzir o serviço a ser utilizado.

Campos (2008) ressalta que com a assimetria informacional pode-se encontrar dois problemas: seleção adversa e risco moral. O risco moral ocorre quando alguma ação não pode ser observada e por isso não está prevista no contrato, e a seleção adversa quando uma das partes não consegue observar a qualidade do bem da outra parte (CAMPOS, 2008) e no caso das operadoras de planos de saúde, tendem a aceitar usuários de maior risco. (CARVALHO; CECÍLIO, 2007). Do lado oposto Carvalho e Cecílio apontam também a seleção de risco, em que as operadoras impõem barreiras para os beneficiários de maior risco.

Outro ponto lembrado por Santacruz (2001) e que dá poder ao mercado é a demanda inelástica, em que mesmo com o aumento dos preços, a demanda pelo produto não cai e a indústria não é punida com a queda das vendas. O consumidor, por exemplo, não abre mão de comprar um remédio devido ao aumento do preço, e o mesmo ocorre com os planos de saúde. Para Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira (2006), qualquer pessoa estaria disposta a pagar o que for preciso em uma situação de enfermidade, o que explica, teoricamente, a existência de “preços de monopólio” entre os bens e serviços de saúde e configura uma situação típica de concorrência imperfeita, em que os vendedores poderiam obter maiores lucros sobre os clientes em situação de risco. Os produtos e serviços relacionados à saúde são alvos preferenciais da intervenção do Estado no mundo todo. (SANTACRUZ, 2001).

Para Santacruz (2001) somente a livre iniciativa não garante uma concorrência perfeita e afirma que o mercado precisa da “mão invisível do Estado” intervindo na economia. E assim, ao mesmo tempo em que permite a oferta de bens e serviços pela iniciativa privada, limita o comportamento e a autonomia de gestão dos responsáveis. Ainda de acordo com o autor, a ideia da regulação é restringir o comportamento maximizador das empresas por regras administrativas que buscam garantir a correção das falhas de mercado, alcançando um

resultado socialmente aceitável em relação a preços, qualidade, acesso e outros, beneficiando os consumidores.

Campos e Santiago Jr. (2002) apontam que a regulação ocorre pelo fato de o mercado, por si só, não ser capaz de aproveitar os recursos da melhor forma possível e por isso requer a intervenção do Estado. E ainda, buscar atingir benefícios que não seriam atingidos se dependesse exclusivamente da iniciativa privada. (CAMPOS, 2008).

A regulação permite ao governo controlar ou deliberadamente influenciar determinada atividade, intervindo nos processos de prestação de serviço (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008) seja por meio de incentivos financeiros, de comando ou controle. (SANTOS; MERHY, 2006). No entanto, há divergentes opiniões entre os estudiosos. Para Campos (2008) a regulação é um conjunto de medidas administrativas usadas pelo Estado como forma de restringir a liberdade dos agentes econômicos, controlando e influenciando o seu comportamento de forma a evitar que lesem os interesses sociais. Contrariando esse raciocínio, Santacruz (2001) afirma que a regulação é um conjunto de normas e controles exercidos pelo Estado que acabam prejudicando a eficiência dos mercados e do bem estar-social.

Santacruz (2001) cita que talvez, nem todos os mercados que apresentem imperfeições sejam passíveis de regulação, apenas os que apresentarem um nível alto de insatisfação com relação a preço, qualidade e quantidade ofertada. A TIP recebeu diversas críticas e entre elas a de não conseguir gerar uma previsão testável de quais setores deveriam ser regulamentados, que forma a regulação deveria tomar e nem mesmo explicar porque muitos setores que não apresentavam falhas de mercado eram regulados. (VISCUSI; VERNON; HARRINGTON, 1995).

Hantke-Domas (2003) argumenta que no início da década de 1960, alguns acadêmicos começaram a questionar a eficácia da regulação como dispositivo para servir ao interesse público e começaram a construir uma nova teoria sobre o início da regulação, explicando que ela não representava o interesse público, mas, sim, aos interesses políticos. Nessa época, o Estado era retratado como uma ameaça para toda a atividade. (CAMPOS, 2008).

O artigo de Stigler e Friedland (1962) questiona o comportamento da indústria de energia elétrica frente à regulação, alegando que a influência da regulação não poderia ser

respondida apenas por uma enumeração de regulamentos. Os resultados apontaram que o efeito da regulação sobre a precificação das empresas de energia elétrica foi insignificante. A partir desses resultados, de que o efeito da regulação no mercado de energia elétrica não interferiu no preço, de modo que tenha permitido um lucro acima do normal, levou-os a acreditar que o mercado passava a ser beneficiado com a regulação.

Segundo Campos (2008) a Teoria do Interesse Público pressupõe que os legisladores são maximizadores do bem estar social. No entanto, os estudos de Stigler e Friedland (1962) apontam que isso não reflete a realidade econômica e que a regulação acabava beneficiando a indústria regulamentada. Se a ideia da regulação era restringir o comportamento das empresas, a teoria não conseguia explicar porque as empresas foram beneficiadas com a regulação.

Após essas constatações os estudiosos entenderam que o órgão competente pela regulação é “capturado” pela indústria e, assim, passa a ser beneficiado com a regulação. (VISCUSI; VERNON; HARRINGTON, 1995). Conforme ressalta Lima (2006), quando o órgão responsável pela regulação é capturado pela indústria acaba sempre visando defender a interesses privados. Fiani (2004) conclui que a medida que se aumentam as interações entre legisladores e indústria, aumentam as oportunidades de “captura”. E assim surge a Teoria da Captura – TC. Diferentemente da TIP, em que a regulação ocorria para atender uma demanda da sociedade por um bem-estar social maior, a TC ocorre para atender uma demanda da própria indústria.

Entretanto, muitas críticas foram surgindo pelo fato da TC possuir o mesmo problema conceitual da TIP, ambas fazem generalizações sem nenhuma fundamentação teórica e não conseguem responder por que a regulação incentiva ou desconstitui monopólios. (CAMPOS, 2008). Outros motivos eram o fato da TC apenas afirmar que a regulação é a favor da indústria, sem conseguir explicar por que algumas indústrias foram mais tarde se desregulando se elas eram, teoricamente, beneficiadas, ou ainda, porque algumas indústrias que eram regulamentadas não apoiavam a regulação. (VISCUSI; VERNON; HARRINGTON, 1995).

Uma visão mais trabalhada da TC foi proposta por Stigler (1971) e deu origem a Teoria da Regulação Econômica - TRE. Para o autor uma das tarefas da Teoria da Regulação é conseguir explicar quem será beneficiado com a regulação, de que forma a regulação irá ocorrer e quais serão os seus efeitos.

Aproximadamente na mesma época de Stigler (1971), Posner (1974) argumentava que a Teoria do Interesse Público e a Teoria da Captura eram inaceitáveis na sua forma atual e que requeriam novos tipos de investigação empírica antes de serem aceitas como uma Teoria. Para o autor a TC não conseguia evidenciar que os resultados da regulação eram os desejados pelos grupos de interesse influentes que instituíam o regime regulamentar, não conseguia evidenciar a má gestão das agências reguladoras e nem com que razão esperava-se que as agências reguladoras fossem menos eficientes que outras organizações. Outra questão levantada pelo autor era que a teoria não apresentava razões para argumentar que a indústria regulada seria a única capaz de capturar a indústria, uma vez que o grupo de consumidores teria a mesma força.

Viscusi, Vernon e Harrington (1995) ressaltam que para Stigler (1971) a Teoria da Regulação Econômica tem duas premissas: a premissa inicial aponta que o recurso básico do Estado é seu poder de coerção. E para o autor, sempre haverá um grupo de interesse que pode convencer o Estado a usá-lo para atender a benefícios próprios. A segunda premissa apresentada pelo autor é de que o ser humano é racional e suas decisões tendem a ser a seu próprio favor. E conclui que a regulação é suscetível a beneficiar grupos de interesse mais bem organizados para maximizar seus próprios ganhos. As decisões tomadas pelos legisladores têm o intuito de aumentar o apoio político, seja negociando com a indústria regulada ou com os consumidores, mantendo assim o equilíbrio entre ambas, maximizando o seu apoio político. (PELTZMAN, 1976).

A TRE rejeita o inexplicável da TC e admite a “captura” por qualquer grupo de interesse que esteja bem organizado e substitui a metáfora “captura” pela oferta e demanda. (CAMPOS, 2008). A regulação é um bem econômico para o qual existe um mercado com oferta e demanda em que alguns grupos ofertam regulação e outros disputam regulação a seu favor. (FIANI, 2004). Campos (2008) argumenta que para se protegerem da concorrência as indústrias buscam os benefícios da regulação e os legisladores em troca de apoio político negociam com as indústrias.

Viscusi, Vernon e Harrington (1995) por sua vez, complementam que a regulação é suscetível a tender a grupos de interesse bem organizados e eficazes em fornecer apoio político em troca de uma legislação favorável. Mas, para reconhecer a necessidade de determinada legislação, cada membro deve ter o potencial de ganhar muito com a legislação. E concluem que a regulação não está associada às falhas de mercado, mas ao setor que está

sendo regulamentado. Os atores envolvidos no processo buscam direcionar a regulação a atender seus objetivos com respostas que variam dado o contexto histórico e político. (SANTOS; MERHY, 2006). Os autores ressaltam a importância de conhecer os atores envolvidos no processo de regulação com o intuito de identificar quais interesses possam estar conduzindo os mecanismos da regulação. Isto pode significar que o Estado seria refém desses interesses e seus mecanismos de regulação podem estar ancorados nesses pressupostos.

Stigler (1971) afirma que a indústria que demanda regulação deverá estar preparada para pagar o preço: com votos e recursos, que aumentam com o tamanho da indústria e com a oposição dos grupos afetados. No entanto, Posner (1974) lembra que algumas indústrias podem ser capazes de influenciar o processo a um custo menor do que outros. E nesse caso, vale o quanto se está disposto a pagar e qual o custo-benefício.

Com base no disposto, não é possível enxergar qualquer justificativa da regulação com base no interesse público. (MATTOS, 2004 apud CAMPOS, 2008). É contraditório servir ao interesse público e, simultaneamente, servir aos interesses de um grupo específico. (HANTKE-DOMAS, 2003). Para Campos (2008) a democracia é incapaz de responder às demandas individuais.

A TRE entende que o interesse público já é representado de forma eficiente pelo próprio mercado consumidor e que a intervenção do Estado contribui para confundir os sinais fornecidos pelo sistema de preços, comprometendo a eficiência do sistema e pressupõe que o livre mercado é a melhor representação do interesse público. (SALGADO, 2003).

Stigler (1971) ressalta que a regulação é a transferência do poder de decisão da sociedade para o Estado e que o resultado das escolhas do processo político é diferente das escolhas da sociedade. Para o autor, esse resultado causa ineficiência econômica, uma vez que os agentes políticos não possuem informações completas para decidir e ainda, não estão diretamente envolvidos nas questões discutidas. E lembra que o Estado é um recurso potencial que pode beneficiar ou prejudicar muitas pessoas.

Contudo, conclui-se que os modelos que compõem a chamada Teoria da Regulação Econômica não constituem um corpo teórico-analítico consistente, apresentando divergências acerca de qual indústria será regulada e qual grupo será beneficiado com a regulação. E que um dos motivos para isso é a dificuldade de considerar o contexto institucional de forma aprofundada e abrangente, por conta da sua complexidade. (FIANI, 2004).

De fato parece fazer sentido de que as falhas de mercado produzem um impacto negativo para os consumidores e por isso precisam ser monitoradas para que se alcance um resultado econômico mais eficiente. Entretanto, deve-se questionar qual é o limite e até quanto essa intervenção está sendo positiva para a economia.

No setor de saúde suplementar parece haver um consenso da necessidade de intervenção do Estado (CAMPOS; SANTIAGO JR., 2002; PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008). No entanto, segundo Campos e Santiago Jr. (2002) há uma preocupação com a possível manipulação da agência de regulação por interesses políticos e partidários. Segundo Santos e Merhy (2006, p. 29) “o processo de regulação se insere dentro de um cenário de disputas, de interesses conflitantes, que determinam o seu formato e alcance”. E acrescenta a importância de conhecer os atores participantes, bem como seus interesses, pois eles terão o poder de influenciar e conduzir a regulação de acordo com interesses próprios.

2.2.1 REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL

As primeiras políticas médico-assistenciais surgiram no Brasil no início do ano 1919, com o decreto nº 3.724 que obrigou as empresas a instituir os seguros de acidentes de trabalho para seus empregados. (COSTA, R. C. R., 2002). De acordo com Medici (1995) as únicas políticas existentes estavam relacionadas ao saneamento básico e ao combate de endemias.

Durante anos, o mercado privado de assistência à saúde funcionou sem o amparo legal e sem regulação. Em 1988, com a promulgação do art. nº 197 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) foram previstas a regulação, a fiscalização e o controle do Poder Público sobre as empresas privadas que prestam serviços de assistência à saúde. No entanto, a regulação não ocorreu durante esse período. (ANS, 2010). Silva Jr. et al. (2008) relatam que, ainda que a política nacional de saúde tenha sido proposta com a perspectiva de um sistema de saúde público universal, o setor de saúde suplementar se expandiu.

O processo de regulação foi moroso (GIOVANELLA; RIBEIRO; COSTA, 2002). Mesmo com a morosidade, houve o interesse e a ação de promover e assegurar o interesse público no mercado privado de saúde. Isso resultou na promulgação da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que versa sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diferentemente do que ocorreu nos Estados Unidos, pois segundo Kofman e Pollitz (2006), o

mercado privado de assistência à saúde naquele país já era regulado desde o século XIX. O setor de saúde suplementar brasileiro atuou, desde o surgimento das primeiras organizações, com os convênios coletivos, durante aproximadamente 30 anos sem intervenção específica do Estado, até a promulgação da lei em 1998.

De acordo com Albuquerque et al (2008), o setor cresceu de forma desordenada, havia oferta de vários tipos de planos e de operadoras que buscavam atender a necessidade dos clientes. Salvalaio e Souza (2009) complementam que a falta de padronização nos planos negociados, por conta dos vários tipos de coberturas, impossibilitou que os beneficiários tivessem pleno conhecimento de seus direitos, o que motivou a intervenção do Estado.

Bahia e Viana (2002) argumentam que o fortalecimento da saúde suplementar reorientou as funções e as responsabilidades do Estado ao longo dos anos, que passou a regulamentar e controlar o setor. Segundo os autores, a consequência disso foi a transferência dos riscos que envolvem a vida humana, do Estado para as instituições privadas. Campos e Santiago Jr. (2002) mencionam a capacidade de criar e impor regras como uma tendência que levou o Estado a passar da função de “Executor” para a de “Regulador”.

As operadoras, antes expostas apenas a regulamentação relativa ao tipo societário, passaram a se submeter a medidas de autorização de funcionamento e até mesmo de constituição de garantias financeiras. (MONTONE, 2003). Mesquita (2002) lembra que, antes da Lei as operadoras seguiam seus próprios interesses e não atendiam a qualquer tipo de normas e procedimentos, exceto as seguradoras de saúde, sujeitas ao controle e fiscalização da SUSEP. Segundo o autor, os clientes das operadoras falidas antes da lei não tiveram o amparo legal específico que os assistissem, ficando a mercê da própria sorte.

Com a promulgação da Lei nº 9.656/1998 vários regulamentos vêm sendo publicados com o intuito de melhorar o atendimento e os serviços prestados à sociedade por essas empresas. Alves (2009) afirma que o setor de saúde suplementar sofreu com o aumento das coberturas assistenciais, das garantias financeiras e com a padronização dos produtos obrigatórios determinados pela legislação. A legislação limitou o aumento dos prêmios, padronizou as coberturas de atendimento e simultaneamente ampliou os direitos dos usuários.

Veloso e Malik (2010) ressaltam que, até então, as operadoras aumentavam suas receitas com aplicações no mercado financeiro e, após a regulação tiveram que otimizar a atuação em seus negócios originais de saúde.

A literatura evidenciou grande discussão sobre os objetivos e os benefícios obtidos com a regulação. Para Kofman e Pollitz (2006) os objetivos da regulação são garantir a solvência das empresas, promover a difusão de risco e proteger os consumidores contra fraudes, garantindo-lhes os benefícios pelos quais pagaram. Lobo et al. (2008, p. 4) acrescentam que o objetivo da regulação é “corrigir as distorções entre os interesses das operadoras e dos usuários e preservar a competitividade do setor”. Salvalaio e Souza (2009) argumentam também que a regulação teve o intuito de padronizar o setor.

Andréa (2002) destaca que a regulação busca corrigir falhas de mercado, intervindo nas condições contratuais na relação entre beneficiários e operadoras. Para Araujo (2004) o objetivo da regulação é manter a concorrência do setor, estabelecendo normas, critérios mínimos de qualidade e reduzindo a assimetria da informação com vistas a um benefício maior. Lima (2005) acrescenta que a regulação busca evitar fraudes financeiras, irregularidades na administração, e garantir o atendimento aos que tem direito. Lemos (2008) diz que a regulação no setor da saúde tem o intuito de equilibrar os aspectos financeiros das operadoras e a satisfação e o atendimento a seus beneficiários.

Pietrobon, Prado e Caetano (2008) dizem que a regulação busca impedir que empresas inescrupulosas desprezem os direitos e os interesses dos beneficiários e obtenham vantagens sobre eles, assegurando o desempenho do setor, com uma assistência eficiente e equitativa em atender as necessidades de saúde da população. Para Santos, Malta e Merhy (2008) a regulação do setor foi um passo importante e permitiu não só o controle da assistência a seus beneficiários, mas também o controle financeiro das operadoras de forma a garantir a continuidade de suas operações corroborando com a ideia de Kofman e Pollitz (2006). As finalidades da regulação no setor de saúde são temas de muitas discussões e sofrem alterações com o tempo, conforme entendimento dos atores sociais envolvidos no processo. (SANTOS; MERHY, 2006).

De acordo com a lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998), os aspectos financeiros seriam orientados pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, membro do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, instituído em seu art. nº 6 como o principal responsável pelo funcionamento e fiscalização das operadoras e pelas normas de contabilidade e critérios de constituição de garantias para manutenção do equilíbrio econômico financeiro. Os aspectos sociais seriam de competência do Conselho de Saúde

Suplementar – CONSU, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela fiscalização e operacionalização.

Esta regulação bipartida não alcançou os objetivos originalmente pretendidos. Segundo Mesquita (2002) essa separação da regulação econômico-financeira da assistência privada à saúde se mostrou impraticável e contribuiu para a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, consolidada dois anos mais tarde pela Lei nº 9.961 de 28 de Janeiro de 2000, fato que se constituiu em um marco para o setor.

2.2.1.1 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

A ANS é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde. Responde pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades e do relacionamento entre consumidores e prestadores de serviço, para garantir o interesse público no mercado suplementar de saúde. (BRASIL, 2000). A ANS, criada pela Lei nº 9.961/00, é uma autarquia especial que possui autonomia política e administrativa. Atualmente, é responsável pela regulação do setor de saúde suplementar.

A ANS segue o modelo de outras agências reguladoras: telecomunicações - Agência Nacional de Telecomunicações; petróleo - Agência Nacional do Petróleo; Gás Natural e Biocombustíveis e de energia elétrica - Agência Nacional de Energia Elétrica. (COSTA et al., 2002). Segundo os autores a criação da ANS não ocorreu como nos setores citados, nos quais as agências foram criadas a partir da reforma do Estado, mas em função das falhas de mercado observadas na relação entre as prestadoras do serviço e os consumidores finais.

Carvalho e Cecílio (2007) relatam que as queixas relativas aos planos de saúde, feitas às Fundações de Defesa e Proteção do Consumidor nas cidades de São Paulo, Brasília e Rio de Janeiro eram as cinco primeiras causas de reclamações. E por conta disso, o Estado colocou o tema na agenda pública. (CARVALHO; CECÍLIO, 2007; GIOVANELLA; RIBEIRO; COSTA, 2002). Pietrobon, Prado e Caetano (2008) informam que, assim como na maioria dos países, a regulação está direcionada à fiscalização e ao controle das condições de solvência das operadoras e a competitividade do setor. A criação da ANS estabeleceu as condições para o enfrentamento de vários desafios, a seguir descritos e comentados.

Na época da implantação da ANS, o maior desafio segundo Montone (2003) foi o de regulamentar um mercado privado já existente, complexo e que não era objeto de regulação pelo Estado. Outro desafio enfrentado, apontado por Bahia e Viana (2002), referia-se à resistência das empresas médicas e das seguradoras que ameaçavam falir em virtude das exigências a elas impostas, em especial com a comprovação de solvência. Ao reforçar essa ideia, Albuquerque et al. (2008) apontam a resistência das operadoras em enviar seus dados sobre beneficiários, planos, receitas e despesas. Por isso, o Ministério da Saúde se viu pressionado pelas empresas que já operavam o mercado e não estendeu a legislação aos contratos antigos que essas empresas possuíam. (BAHIA; VIANA, 2002).

Albuquerque et al. (2008) destacam um avanço importante ocorrido após outubro de 2003, quando o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou, mantendo e reconhecendo constitucionalidade, com exceção do artigo 35-E, do recurso sobre a Ação Direta de Inconstitucionalidade, movida pela Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, que solicitou liminar para suspender a Lei nº 9.656/98 por considerá-la inconstitucional. Somente a partir desse período foi possível verificar um aumento da regularidade no envio de dados, bem como o aperfeiçoamento da sua qualidade.

Pietrobon, Prado e Caetano (2008) relatam que as empresas têm procurado atender aos padrões e as normas estabelecidas, buscando um equilíbrio econômico-financeiro interno e a satisfação dos clientes e prestadores de serviços. Salvalaio e Souza (2009) lembram que muitas operadoras foram obrigadas a mudar suas estratégias, verticalizando suas estruturas através da construção de redes próprias, o que lhes permitiria maior autonomia e controle dos custos. Cardoso (2005) aponta que as operadoras passaram a gerenciar suas escolhas contábeis para atender essas exigências. O lucro, antes omitido para, por exemplo, diminuir a carga tributária, passou a ser evidenciado, como condição de permanência no mercado. Surge então a discussão a respeito da intensidade da regulação sobre as empresas privadas do setor.

Para entender como funciona a regulação econômico-financeira, a seção 2.2.1.2 abordará a estrutura da ANS, para compreender como ela se divide para atender a demanda da sociedade por um serviço cada vez melhor.

2.2.1.2 Estrutura da ANS

A ANS atua em três frentes: a) estrutural, relacionada à autorização de funcionamento, sanções administrativas e liquidação; b) econômico-financeira, relacionada ao equilíbrio financeiro, liquidez e rentabilidade visando a continuidade da operadora e c) social, relacionada à cobertura e carência dos planos. (WIENHAGE; BEZERRA, 2010).

O art. nº 4 da lei nº 9.961/00 determina que cabe à ANS, além de outras atribuições, expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras. Cabe ainda à ANS estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras. (BRASIL, 2000).

As operadoras que se recusarem a emitir as informações solicitadas, ou ainda omitirem ou falsificarem informações sobre os aspectos econômico-financeiros, podem ser multadas em valores variando de cinco mil até cem mil reais. (BRASIL, 1998). A punição tem o intuito de inibir esse tipo de comportamento. Dessa forma, permite à ANS monitorar o desempenho real e a continuidade individual de cada operadora.

A estrutura organizacional da ANS está dividida em Presidência e Diretoria Colegiada. A Diretoria Colegiada se divide em mais 4 Diretorias: de Gestão, de Normas e Habilitação de Operadoras, de Fiscalização e a de Normas e Habilitação de Produtos. (ANS, 2011a). A Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE, atua na frente econômico-financeira. Uma de suas atribuições é orientar as operadoras sobre a contabilidade, englobando reservas e provisões, garantias, capital e patrimônio líquido. (ANS, 2011a).

Esses critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores (BRASIL, 1998) visam garantir a continuidade das operadoras sem prejuízo a seus beneficiários. A DIOPE cuida da recuperação financeira, regimes especiais de direção fiscal e liquidação extrajudicial. (ANS, 2011a). As atribuições da DIOPE são basicamente as mesmas que antes da Lei 9.961/00 cabiam à SUSEP.

Para garantir a homogeneidade dos dados, a DIOPE estabeleceu normas contábeis específicas e um plano de contas padrão. Montone (2003) aponta que essa medida permite maior transparência e comparação do desempenho financeiro entre as operadoras. A DIOPE

também implantou um sistema de informação para as operadoras lhe reportarem suas informações contábeis, para permitir o acompanhamento aberto pelos vários usuários, uma vez que essas informações estão disponíveis no *site* da ANS. A partir dessa ação o Estado passou a ter informações sistematizadas que permitem o conhecimento, o desenvolvimento do setor e o aperfeiçoamento de políticas para a área. (KORNIS; CAETANO, 2002; MONTONE, 2003).

A ANS fiscaliza todas as operadoras de forma direta ou indireta. A fiscalização direta é exercida pela apuração de denúncias. A fiscalização indireta é exercida pelo monitoramento das informações periodicamente encaminhadas à ANS. (MONTONE, 2003).

O monitoramento da ANS sobre as operadoras é um meio de garantir os direitos dos beneficiários e inibir comportamentos não aceitos pela lei. Montone (2003) alerta que a fiscalização obtida por meio de denúncias não é direcionada a ressarcir o denunciante, que deve procurar seus direitos na esfera judicial. A partir do monitoramento das informações financeiras das operadoras pela ANS, é possível identificar quais não estão apresentando um desempenho razoável para a continuidade de suas operações.

De acordo com o artigo nº 24 da lei nº 9.656/98, sempre que detectadas insuficiências das garantias do equilíbrio financeiro que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica ou a liquidação extrajudicial conforme a gravidade do caso. (BRASIL, 1998).

Após ser identificada a insuficiência de garantias financeiras, a ANS instaura o regime de direção fiscal e a operadora passa a ser acompanhada por um agente da ANS. Os administradores das operadoras em regime de direção fiscal terão seus bens indisponíveis até que apresentem dentro do prazo as medidas cabíveis à ANS. (BRASIL, 1998).

A operadora que apresentar um plano de recuperação aceito pelo diretor fiscal terá o regime de direção encerrado. Caso contrário, o diretor poderá propor a liquidação extrajudicial ou o cancelamento do registro. (BRASIL, 1998). Para as operadoras que não apresentam medidas válidas de recuperação, a ANS pode, com o intuito de garantir o direito de atendimento aos seus clientes, determinar a alienação da carteira em até noventa dias. (BRASIL, 1998).

Verifica-se que alguns anos após a implantação da lei houve um aumento de informações mais confiáveis, que podem ser obtidas na página da ANS. Assim, o Estado pode tomar decisões e formular normas para o setor de saúde suplementar por meio de informações mais detalhadas do mercado. (KORNIS; CAETANO, 2002). Em complemento, Carvalho e Cecílio (2007) dizem que um fato importante para o setor é a maior divulgação e acesso aos dados que antes não se tinha. Parte desta divulgação é a publicação das demonstrações contábeis auditadas, atualmente em periodicidade anual, pelas operadoras com carteira de clientes a partir de 20.000 usuários. (BRASIL, 1998).

Muitas das medidas e regulamentos implantados dizem respeito a aspectos econômico-financeiros, os quais serão abordados na seção 2.2.2.

2.2.2 REGULAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

Parte da regulação adotada pela ANS está relacionada aos aspectos econômico-financeiros, como forma de garantir a solvência e, conseqüentemente, a continuidade das operadoras de plano de saúde.

Por meio do *site* da ANS (www.ans.gov.br) no link – Legislação > busca de legislação, buscou-se pelo tema: Operadoras – Aspecto econômico-financeiro e, em assunto buscou-se pelos termos: **a) Garantias Financeiras** – Margem de Solvência e Provisões Técnicas – conjunto de exigências de recursos próprios mínimos e constituição de provisões técnicas que visam o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras e a minimização dos riscos de insolvência; **b) Ativos Garantidores** - bens imóveis, ações, títulos ou valores mobiliários, uma garantia financeira real das provisões técnicas constituídas; **c) Fundo Garantidor** - agrupamento dos ativos garantidores de uma ou mais operadoras administrado por um comitê Gestor autorizado pela ANS e **d) Plano de Contas** - codificação da estrutura do sistema contábil.

Ao realizar a análise documental dos normativos vigentes, constatou-se a necessidade de resgatar e analisar os já revogados. Foram obtidos trinta normativos: onze para Plano de Contas, oito para Garantias Financeiras, seis para Ativos Garantidores, um para Fundo Garantidor e quatro para DIOPS. Os normativos relativos à DIOPS e que fazem parte da análise, foram incluídos por serem o marco inicial do processo de envio das informações econômico-financeiras das operadoras à ANS.

Foram identificados três tipos distintos de normativos promulgados pela ANS: a) RDC – Resolução de Diretoria Colegiada; b) RN – Resolução Normativa e c) RE – Resolução Especial. Esses normativos cuidam de políticas e normas para o setor de saúde. As RDC's e RN's são expedidas pela Diretoria Colegiada e as RE's pelas Diretorias Específicas. Constatou-se a promulgação de três RDC's no início da regulamentação para os termos DIOPS, Plano de Contas e Garantias Financeiras. Foi promulgada uma RE, como segundo normativo para o tema DIOPS e os demais vinte e seis normativos foram RN's. A figura 1 apresenta a cronologia dos normativos promulgados até novembro de 2011.

FIGURA 01 – Cronologia da Regulação Econômico-financeira da ANS.

	05/2000	10/2000	07/2001	02/2004	05/2009	11/2011
DIOPS		RDC 22, RE 01, RN 173 e RN 243				Total: 04
Plano de Contas		RDC 38, RN 3, RN 27, RN 28, RN 126, RN 136, RN 147, RN 184, RN 199, RN 207 e RN 247				Total: 11
Garantias Financeiras			RDC 77, RN 26, RN 75, RN 104, RN 160, RN 206, RN 208 e RN 209			Total: 08
Ativos Garantidores				RN 67, RN 94, RN 159, RN 203, RN 227 e RN 274		Total: 06
Fundo Garantidor					RN 191	Total: 01

Fonte: do autor

A análise longitudinal revelou uma preocupação em constituir uma base para a construção de um sistema confiável que fornecesse informações importantes e suporte para trabalhar adiante os demais aspectos. Essa medida é defendida por Kornis e Caetano (2002) e Montone (2003), ao afirmarem que as medidas da regulação permitiram informações sistematizadas possibilitando o conhecimento do setor e assim, aperfeiçoar as políticas para o desenvolvimento da área. E ainda, maior divulgação e acesso a dados que antes não se tinha (CARVALHO, CECÍLIO, 2007). A regulação econômico-financeira levada a efeito permitiu a padronização apontada por Salvalaio e Souza (2009).

Uma das primeiras medidas tomadas pela ANS, ocorreu em menos de quatro meses de atuação, em maio de 2000, com a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 22 (ANS, 2000a) por meio da qual a ANS criou um instrumento para acompanhamento econômico-financeiro das operadoras. No início de 2001 a ANS instituiu o DIOPS – Documento de

Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, como forma de receber dados das operadoras, os quais, de acordo com a Resolução – RE nº 01 (ANS, 2001), são informações consolidadas de quadros demonstrativos referentes à situação econômico-financeira, dados cadastrais e informações operacionais. A RN nº 173 (ANS, 2008), promulgada em julho de 2008, tratou dos critérios de envio da DIOPS, definindo em qual versão o documento deveria ser enviado.

Esta ação confirma a ideia de Santos, Malta e Merhy (2008) e Kofman e Pollitz (2006). Estes autores argumentaram que a regulação permitiu o controle da assistência a seus beneficiários, além do controle financeiro das operadoras de forma a garantir a continuidade de suas operações.

Outra preocupação da ANS era de padronizar as informações contábeis. Assim, por meio da RDC nº 38, instituiu-se um Plano de Contas padrão para garantir a homogeneidade dos dados. Na sequência, a RN nº 207 (ANS, 2009c) instituiu que as demonstrações contábeis sofreriam alteração em relação ao atendimento da lei, passando a seguir o disposto nas Leis 11.941/2009 e 6.404/1976 e suas posteriores alterações, e não mais à Lei 11.638/2007 e a Medida Provisória 449/2008. Esta ação corrobora com a ideia de Montone (2003) de permitir a comparação do desempenho econômico-financeiro real entre as operadoras e assim, maior transparência aos dados apresentados em seus demonstrativos. O Plano de Contas, uma codificação da estrutura do sistema contábil é o principal instrumento de controle econômico-financeiro das empresas (ANS, 2011a).

A padronização da escrituração contábil permite acompanhar o desempenho econômico-financeiro de maneira mais confiável e, ainda, comparar o desempenho entre as operadoras ativas no mercado. A padronização contábil permitiu sistematizar o processo de registro, controle contábil, auditoria e a publicação das demonstrações contábeis. A análise longitudinal levada a efeito permite compreender o envolvimento das práticas contábeis nesta fase da evolução do setor de saúde suplementar, como apontado por Jones e Mellet (2007), além de permitir avaliar a expansão do setor, na forma relatada por Chua e Preston (1994).

Alguns meses depois, com a RDC nº 77 de julho de 2001, a ANS passou a se preocupar com as garantias financeiras constituídas pelas operadoras e definiu critérios a serem seguidos. As garantias financeiras são exigências de recursos próprios mínimos e de constituição de provisões técnicas, para o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras e a minimização dos riscos de insolvência (ANS, 2011a). O Recurso Próprio Mínimo, previsto na

Resolução Normativa – RN nº 209 (ANS, 2009b) compreende o limite do Patrimônio Mínimo, que corresponde ao Patrimônio Líquido e Margem de Solvência ajustado por efeitos econômicos calculados de acordo com regulamentação específica emitida pela DIOPE.

As provisões representam o risco esperado calculado com base em critérios específicos da operação do negócio. As Provisões Técnicas abrangem: a) Provisão para Sinistros a Liquidar: sinistros já ocorridos, registrados contabilmente e ainda não pagos; b) Provisão para Sinistros Ocorridos e Não Avisados – PEONA, provisão estimada atuarialmente para fazer frente aos sinistros já ocorridos e ainda não conhecidos; c) Provisão para Remissão: obrigações decorrentes da isenção do pagamento das contraprestações à cobertura de assistência à saúde em razão de ocorrência futura previsto em contrato; d) Outras Provisões: necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro.

Essa medida vai ao encontro do argumento de Kofman e Pollitz (2006), para os quais os objetivos da regulação são garantir a solvência das empresas, promovendo a difusão de risco e protegendo os consumidores contra fraudes, garantindo que eles tenham os benefícios que foram pagos. Lima (2005) destaca que o intuito da regulação é evitar fraudes financeiras, irregularidades na administração e garantir o atendimento aos que têm direito. Em complemento, Lemos (2008) diz que a regulação no setor da saúde tem o intuito de equilibrar os aspectos financeiros das operadoras e a satisfação e o atendimento a seus beneficiários.

A regulação para as garantias financeiras não foi suficiente. Assim, após três anos, a ANS passou a se preocupar com a garantia real das provisões constituídas. Com a RN nº 67 (ANS, 2004), a ANS estabeleceu critérios aplicáveis à diversificação dos ativos que seriam aceitos das operadoras. Ativos garantidores são bens imóveis, ações, títulos ou valores mobiliários que lastreiam as provisões técnicas, uma garantia financeira real das provisões técnicas constituídas. (ANS, 2011a). Essa medida ratificou a proposta de Veloso e Malik (2010) ressaltando a otimização das operadoras em seus negócios de origem e não como era feito antes, com aplicações no mercado financeiro, apenas se beneficiando do dinheiro dos clientes.

Muitas operadoras enfrentaram problemas para continuar operando no mercado. De acordo com a ANS (2011b) o número de operadoras caiu de 2.825 em 1999 para 1.695 em 2009, uma queda de aproximadamente 40% em 10 anos.

Em 2009, com a RN nº 191 (ANS, 2009a) a ANS instituiu o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar – FGS para as operadoras, à semelhança do FGC – Fundo Garantidor de Crédito, aplicável aos bancos. O FGS é um agrupamento dos ativos garantidores de duas ou mais operadoras administrado por um Comitê Gestor autorizado pela ANS. Duas ou mais operadoras juntas diminuem o risco de insolvência e dessa forma, exige-se um depósito proporcionalmente menor possibilitando maior capital de giro para as empresas. (ANS, 2011a). O FGS por outro lado, manteve a mesma garantia aos beneficiários das operadoras, uma vez que sua proposta é que as operadoras participantes do fundo respondam solidariamente aos ativos garantidores que eventualmente alguma operadora não tenha feito. Em troca, uma das empresas recebe a carteira de planos da operadora que se tornar inadimplente junto ao fundo. (ANS, 2011a).

Esta medida apontou uma preocupação da ANS com a resposta das operadoras à regulação e como forma de dar oportunidade às operadoras aplicar melhor os recursos financeiros e ao mesmo tempo sem perder a qualidade da garantia.

2.3 ÍNDICES DE DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO

A competitividade dos mercados tornou a medição do desempenho das organizações indispensável para os negócios. (MACEDO; CORRAR, 2010). Segundo os autores, por meio da análise do desempenho organizacional é possível monitorar, comparar e corrigir o desempenho das empresas, tornando-se fundamental o entendimento das razões de sucesso e os meios que as levaram a alcançar uma vantagem competitiva para sua sobrevivência. Bonacim e Araujo (2011) argumentam que a avaliação econômica do setor de saúde vem impondo desafios aos profissionais da área, exigindo eficiência e eficácia em suas atividades e a utilização racional dos recursos disponíveis e qualidade na prestação do serviço.

Segundo Gasparetto (2004) a Contabilidade é um provedor de informações, um instrumento capaz de evidenciar informações financeiras que permitem avaliar o desempenho financeiro das organizações. Os Demonstrativos Financeiros são uma das maneiras com que a empresa tem de comunicar aos seus usuários sua situação atual e através deles avaliar seu desempenho e compará-lo com os concorrentes, uma vez que são relatórios emitidos regularmente pela empresa contendo informações sobre seu patrimônio e fatos históricos ocorridos. (BERK; DEMARZO, 2009).

A Contabilidade tem sido uma ferramenta importante, ainda que alvo de muitas críticas, pelo fato dos dados apresentados representarem apenas parcialmente o desempenho e poucos indícios da situação futura. (GASPARETTO, 2004). A autora também acrescenta que embora os indicadores financeiros sejam insuficientes, eles constituem um considerável parâmetro para o desempenho da empresa e que frente às suas limitações devemos expandir a sua abrangência e perspectivas. Os dados contábeis são imagens pálidas da realidade econômica de uma empresa, mas é a melhor informação disponível que podemos obter, tanto interno, quanto externo, à empresa. (ROSS; WESTERFIELD; JORDAN, 2000).

Segundo Martins (2005b) a Contabilidade é um modelo que procura evidenciar a situação das empresas o mais próximo da realidade, nunca a realidade, sempre ficarão faltando informações para entender completamente o que está ocorrendo, principalmente quando o tipo de risco dificulta sua mensuração, como é o caso das seguradoras, que dependem das condições de saúde dos seus beneficiários. A Contabilidade nunca foi uma ciência exata e para interpretar os seus dados é preciso de conhecimento e arte, os números contábeis são todos aproximados e contêm imperfeições. (MARTINS, 2005b).

Com base no disposto, conclui-se que embora os Demonstrativos Financeiros não revelem os valores exatos do Patrimônio e dos fatos ocorridos das empresas, eles ainda são ferramentas importantes para trabalhar e estudar o desempenho das organizações. Para Martins (2005b) um dos cuidados que devemos tomar ao fazer uma análise financeira das empresas é conhecer o setor que se pretende estudar, pois cada ramo possui suas características e peculiaridades.

Segundo Matarazzo (1998) e Martins (2005a) os Demonstrativos Financeiros podem se dividir em análise da situação financeira, abordando estrutura e liquidez e análise da situação econômica, abordando rentabilidade. Para extrair as informações das Demonstrações Financeiras sobre a situação da empresa é preciso relacionar as suas contas ou grupos de contas para obtenção dos índices. (ASSAF NETO, 2002; SILVA, 1996). Um índice é a relação entre contas das Demonstrações Financeiras que buscam evidenciar aspectos da situação econômica ou financeira, “é como uma vela acesa no escuro” e servem de medida da situação econômico-financeira. (MATARAZZO, 1998, p. 153).

A análise financeira permite fazer uma análise longitudinal e ou/ interempresarial. (ASSAF NETO, 2002). A análise longitudinal, segundo o autor, permite fazer comparações ao longo do tempo, envolvendo resultados anteriores e conforme lembrado por Silva (1996)

permite observar tendências e comportamento. Para esse tipo de análise, é possível estabelecer índices padrão que permitem estudar a evolução de endividamento das empresas, da rentabilidade, da liquidez e de qualquer outro indicador. (MATARAZZO, 1998). Um ponto levantado por Martins, Diniz e Miranda (2012) é que para esse tipo de análise é importante observar se a empresa está melhorando ou piorando.

A análise interempresarial relaciona empresas do mesmo setor com a utilização de índices padrão. (ASSAF NETO, 2002). Segundo Matarazzo (1998) é uma reação imediata de quem faz análise financeira fazer comparações entre empresas. Essa análise permite compreender a relação da empresa com seus principais concorrentes ou mesmo com os padrões do segmento. (SILVA, 1996). No entanto, conforme lembrado por Martins (2005b) e Matarazzo (1998) é necessário escolher ramos possivelmente semelhantes.

Outro cuidado que se deve ter ao fazer uma análise financeira é “uniformizar os procedimentos”. (MARTINS, 2005b). Para o autor, algumas demonstrações financeiras possuem uma padronização por conta do seu órgão controlador. É o caso da ANS que exerce influência sobre as Normas Contábeis a serem seguidas, conforme visto anteriormente. Nesses casos, o autor complementa que é preciso um cuidado especial para não ficar aplicando determinados índices que não retratam de forma condizente a realidade e lembra que não é prudente tirar conclusões ainda que conheça os procedimentos contábeis, se não conhecer o ramo.

Cada autor apresenta um conjunto de índices que podem ser divergentes em alguns aspectos. (MATARAZZO, 1998). Os índices apresentados pela ANS (2012b) estão no Quadro 01:

QUADRO 01 – Cálculo dos Índices Econômicos Financeiros apresentados pela ANS

	ÍNDICE	FÓRMULA UTILIZADA
RENTABILIDADE	ROA Taxa de retorno sobre o ativo total. Mostra a relação entre o resultado líquido e o ativo total.	$ROA = \frac{\text{Resultado Líquido}}{\text{Ativo Total}}$
	ROE Taxa de retorno sobre o patrimônio líquido. Mostra a relação entre o resultado líquido e o patrimônio líquido.	$ROE = \frac{\text{Resultado Líquido}}{\text{Patrimônio Líquido}}$
ESTRUTURA	IMOB Imobilização do Ativo total. Indica a parcela das aplicações de recursos (Ativo total) investidos no Ativo Permanente.	$IMOB = \frac{\text{Ativo Permanente}}{\text{Ativo Total}}$
	ENDIV Índice de endividamento. Mostra a relação entre o Exigível total e o Ativo total.	$ENDIV = \frac{\text{Passivo circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}}{\text{Ativo Total}}$
	ENDIVCP Índice de endividamento de curto prazo. Mostra a relação entre o Passivo Circulante e o Ativo total.	$ENDIVCP = \frac{\text{Passivo Circulante}}{\text{Ativo Total}}$
	ENDIVLP Índice de endividamento de longo prazo. Mostra a relação entre o Exigível a longo prazo e o Ativo total.	$ENDIVLP = \frac{\text{Exigível a Longo Prazo}}{\text{Ativo Total}}$
	CE Composição do endividamento. Indica quanto da dívida total vence no curto prazo.	$CE = \frac{\text{Passivo Circulante}}{\text{Exigível Total}}$
	CT/CP Capital de terceiros sobre o Capital próprio. Representa a relação entre o total das dívidas e o Patrimônio líquido.	$CT/CP = \frac{\text{Exigível Total}}{\text{Patrimônio Líquido}}$
LIQUIDEZ	LG Liquidez geral. Mostra a capacidade de pagamento no longo prazo.	$LG = \frac{\text{Ativo Circ.} + \text{Realizável a LP}}{\text{Passivo Circ.} + \text{Exigível a LP}}$
	LC Liquidez corrente. Mostra a relação entre os ativos conversíveis em dinheiro no curto prazo e as dívidas de curto prazo.	$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$
	LI Liquidez imediata. Mostra a relação entre o ativo circulante disponível e o passivo circulante.	$LI = \frac{\text{Ativo Circ. Disponível}}{\text{Passivo Circulante}}$

Fonte: Adaptado de ANS (2012b)

De acordo com Matarazzo (1998; 2010) os Índices de Liquidez procuram medir a solidez da base financeira da empresa e podem ser: Geral, Corrente e Seca. O Índice de Liquidez Geral indica o quanto a empresa possui para o quanto ela deve. Indica a proporção dos recursos que a empresa possui em relação as suas dívidas atuais. O Índice de Liquidez Corrente indica a proporção do ativo circulante em relação ao passivo circulante, ou seja, se os recursos disponíveis são suficientes para liquidar as dívidas de curto prazo. E o Índice de

Liquidez Seca, indica o quanto a empresa possui de ativo líquido para saldar as dívidas de curto prazo.

A Liquidez refere-se a rapidez com que um ativo pode ser convertido em caixa. (ROSS; WESTERFIELD; JORDAN, 2000). Silva (1996) complementa que o Índice de Liquidez mede a capacidade da empresa liquidar seus compromissos caso pare suas atividades naquele momento. No entanto, para Ross, Westerfield e Jordan (2000) um Índice de Liquidez muito alto pode indicar ineficiência no uso do caixa que poderia ser aproveitado melhor. Segundo Silva (1996) o índice de Liquidez Corrente é bastante conhecido e utilizado como medidor da saúde financeira das empresas e deve ser utilizado em nível comparativo com outras empresas de mesma atividade e região geográfica. Os Índices de Liquidez Geral, Corrente e Seca se complementam entre si e permitem um aprofundamento sobre a saúde financeira da empresa, mas não são suficientes. (SILVA, 1996).

Martins, Diniz e Miranda (2012) faz uma ressalva para a análise dos Índices de Liquidez. Para o autor há possibilidades de “embelezando” do balanço para “melhorar” os índices, alterando o cenário, como por exemplo: classificação das contas – duplicatas descontadas no Ativo Circulante –, gerenciamento do circulante – pagamento das dívidas na véspera do fechamento e novos empréstimos no início do período –, operações de vendas com recompra – financiamentos revestidos de leasing – e operações com sociedades de propósito especial – sociedades criadas com finalidades específicas, como a compra de um ativo de uma das empresas e seu aluguel de volta.

Os Índices de Rentabilidade medem o êxito econômico da empresa e tem o intuito de verificar se a empresa remunera o capital nela empregado, principalmente, o capital próprio. (MATARAZZO, 1998; 2010). Os índices de rentabilidade podem ser Giro do Ativo, Margem Líquida, Rentabilidade do Ativo e Rentabilidade do Patrimônio Líquido. O índice de Giro do Ativo indica o volume de venda em relação ao investimento realizado. Para Silva (1996) esse índice indica o nível de eficiência com que são utilizados os investimentos da empresa. A Margem Líquida indica o quanto a empresa obtém de lucro em relação às vendas. E a Rentabilidade do Patrimônio Líquido indica o quanto a empresa obteve de lucro em relação ao capital próprio investido. (MATARAZZO, 1998). Para Martins, Diniz e Miranda (2012) esse índice é o mais importante, pois demonstra a capacidade da empresa em remunerar o capital investido pelos sócios, cumprindo seu dever com quem a criou e nela investiu.

A Rentabilidade do Ativo indica o quanto a empresa obtém de lucro em relação ao investimento no ativo, medindo a relação entre o resultado gerado pelos ativos e o investimento realizado, baseando-se nos resultados gerados pela atividade operacional da organização e dessa forma quantifica o retorno das decisões de investimento, permitindo a mensuração da atividade econômica e sinaliza as decisões de financiamento em relação ao custo de captação de recursos. (ASSAF NETO, 2002). Segundo Silva (1996) os Índices de Retorno indicam a vitalidade da empresa e demonstram uma excelente capacidade de previsão da saúde financeira das empresas.

Neste ponto cabe ressaltar que o índice de Rentabilidade do Ativo calculado pela ANS não está apresentado de forma correta. De acordo com Martins, Diniz e Miranda (2012) o ativo produz o lucro derivado das atividades operacionais, e esse lucro, não pode conter o efeito da forma como o ativo é financiado. Dessa forma é preciso incluir as Despesas Financeiras para compor o Resultado Líquido utilizado para o cálculo do ROA.

Os Índices de Estrutura representam as decisões financeiras, têm o intuito de apresentar as decisões em relação a obtenção e aplicação de recursos. (MATARAZZO, 1998). Os Índices de Estrutura relacionam a composição de capitais, medindo o nível de imobilização dos recursos e a estrutura da dívida relacionada às decisões de financiamento e investimento. (SILVA, 1996). Segundo Matarazzo (2010) e Silva (1996) um dos índices utilizados é a proporção do Capital de Terceiros em relação ao Capital Próprio que indica a dependência da empresa por recursos externos. Esse índice é também conhecido como grau de endividamento. No entanto, conforme lembra Silva (1996), o importante não é apenas observar o endividamento da empresa, mas o quanto essa dívida traz de retorno.

Outra análise a ser feita é conhecer a composição dessa dívida, indicando o quanto vence no curto prazo e o quanto vence no longo prazo. (MATARAZZO, 2010). Para o autor, uma coisa é ter dívidas de curto prazo que precisam ser pagas hoje e outra coisa é ter dívida em que a empresa tem um tempo para liquidá-las. De acordo com Silva (1996), um endividamento alto de curto prazo não significa, necessariamente, um ponto negativo e ressalta a importância de conhecer a estrutura geral da empresa, sua capacidade de gerar recursos, e de renegociar suas dívidas. A dívida funciona como uma alavanca, tanto pode aumentar os ganhos dos acionistas com novas oportunidades, quanto pode trazer perdas, com situações de insolvência. (ROSS; WESTERFIELD; JORDAN, 2000).

É possível observar também o quanto a empresa aplicou dos recursos próprios em ativos imobilizados, por meio do Índice de Imobilização do Patrimônio Líquido. (MATARAZZO, 2010). O autor ressalta que quanto mais a empresa investe em ativos permanentes, maior a probabilidade de dependência de recursos de terceiros para financiar o ativo circulante, sendo ideal a empresa dispor de recursos próprios suficientes para cobrir o Ativo Permanente e ainda dispor de recursos para financiar o Ativo Circulante. Outra observação levantada por Silva (1996) é que o Índice de Imobilização envolve decisões estratégicas de expansão, compra ou aluguel e caracterizam o risco da atividade. Martins, Diniz e Miranda (2012) alerta que o imobilizado de uma empresa pode estar desatualizado, pois geralmente a depreciação é feita considerando as regras fiscais dificultando identificar o seu valor real.

A quantidade de índices necessários para uma análise depende da profundidade que se pretende alcançar. No entanto, à medida que se aumenta a quantidade dos índices analisados não implica o aumento da informação. (MATARAZZO, 1998). O autor também lembra que à medida que se aumenta a quantidade de índices, aumenta o custo e, nesse caso, vale a relação custo benefício que a informação pode causar. Martins (2005a) acrescenta que uma pequena quantidade de índices é suficiente para uma boa análise e que a partir de uma meia dúzia deles, provavelmente poderá perder o foco.

De certa forma, todos os índices procuram de alguma maneira medir o equilíbrio entre investimento e financiamento, pois os resultados gerados pelas empresas dependem dessa adequação. (MATARAZZO, 2010). Segundo o autor, uma das dificuldades enfrentadas na administração financeira pelas empresas é adequar o volume de investimento necessário e compatível em termos de prazos, juros e forma de amortização.

O Balanço Patrimonial apresenta do lado esquerdo os ativos, representando seus investimentos – aplicação - e do lado direito o passivo e o patrimônio líquido, representando como ela foi financiada - origem. (MATARAZZO, 2010; ROSS; WESTERFIELD; JAFFE, 2002). Para cada investimento, existe um financiamento, seja próprio ou de terceiros.

As decisões importantes das empresas estão relacionadas ao investimento e financiamento. (ASSAF NETO, 2002). Para o autor essas áreas devem ser integradas, as decisões de financiamento se preocupam com as taxas cobradas e as oportunidades de financiamento se preocupam com os retornos esperados.

Para uma empresa crescer, ela precisa investir e suas opções de financiamento são por recursos internos ou externos. (ROSS; WESTERFIELD; JORDAN, 2000). Dentre as decisões de investimento e seu respectivo financiamento é que se determinará o risco do negócio, o risco financeiro, o lucro e o seu valor econômico. (FALCINI, 1995). As decisões de financiamento determinam como será repartido o valor da empresa - estrutura de capital, se de terceiros ou próprio - e as decisões de investimento determinam o valor de seus ativos. (ROSS; WESTERFIELD; JAFFE, 2002).

O ativo das empresas depende da natureza de seus negócios e reflete as decisões entre “caixa versus aplicações financeiras, vendas à vista versus à prazo, comprar versus produzir, arrendar ou comprar ativos, bem como os tipos de negócios em que a empresa se envolverá” e o passivo e patrimônio líquido refletem decisões do tipo de financiamento, se próprio ou de terceiros e esse último de curto ou de longo prazo. (ROSS; WESTERFIELD; JAFFE, 2002, p. 39).

Segundo Assaf Neto (2002), as decisões de financiamento devem levar em consideração dois pontos: a.) econômico, relação entre o retorno do investimento e o custo de captação e b.) financeiro, sincronização entre a capacidade de geração de caixa e desembolsos. Para Ross, Westerfield e Jaffe (2002) uma importante tarefa para o administrador financeiro é criar valor nas suas atividades de financiamento, investimento e gestão de liquidez por meio da aquisição de ativos e venda de obrigações que produzam mais caixa do que custam e, assim, gerarem mais caixa do que consomem.

De acordo com Assaf Neto (2006), as estratégias financeiras são identificadas em 3 dimensões: operacionais, financiamento e investimento e que o sucesso das empresas envolve a implementação dessas estratégias.

2.4 ESTUDOS ANTERIORES

Esta seção aborda pesquisas anteriores relacionadas às operadoras de plano de saúde no Brasil e está dividido em 2 partes: os primeiros 4 artigos abordam análises do desempenho econômico-financeiro e os demais abordam a análise dos efeitos da regulação no setor.

A pesquisa de Veloso e Malik (2010) avaliou o desempenho econômico-financeiro de empresas da área da saúde, comparando hospitais, operadoras e empresas em geral por meio da análise dos balanços apresentados em 2006. Os resultados apresentaram que as

operadoras de plano de saúde e hospitais tiveram lucratividade igual entre si, porém, inferior se comparadas com as empresas em geral. Um ponto importante que cabe ressaltar que os autores identificaram é que considerando o volume da receita, os hospitais tendem a ser tão rentáveis quanto às empresas em geral. Isso implica dizer que os grandes hospitais possuem resultados bem próximos das empresas de outros setores e podem ser tão rentáveis quanto elas.

No entanto, esses resultados ainda indicam preocupações futuras. O investimento com instalações e infraestrutura, o tempo de maturação e a baixa lucratividade de um hospital não parecem ser atrativos aos investidores. Com isso deve-se questionar quem serão os investidores interessados em ingressar no mercado ou ainda, quem estará em condições de continuar no mercado. O espaço deixado pelo Estado deveria ser coberto pela iniciativa privada. No entanto, percebe-se uma redução da participação dos hospitais privados indicando a falta de interesse de capital privado no setor. (BONACIM; ARAUJO, 2011).

Outra pesquisa mais recente que segue a mesma linha é de Macedo e Cavalcante (2011). Suas pesquisas analisaram o desempenho contábil-financeiro das maiores seguradoras em operação no Brasil no ano de 2007. Por meio da análise fatorial aplicada aos índices originais com análise envoltória de dados – DEA, os resultados apontaram que apenas 8 de 73 seguradoras analisadas apresentaram indicador máximo de desempenho.

Esta pesquisa, junto com a pesquisa de Veloso e Malik (2010) acaba sinalizando que o desempenho financeiro das seguradoras em geral, no Brasil, não são positivos, o que gera uma preocupação já relatada e, inclusive, para o desenvolvimento do setor. Se o setor não apresentar um desempenho atrativo, não atrairá investidores.

No entanto, os estudos de Cardoso (2005), identificaram por meio de Testes de Hipótese, evidências empíricas de que as operadoras escolhem, sim, práticas contábeis que as ajudam a apresentar, pelo menos, a situação econômico-financeira mínima exigida pela ANS.

A pesquisa de Leal e Matos (2009) analisou a evolução dos custos de assistência médica dos planos de saúde no Brasil. Com o Sistema de Informações de Produtos – SIP e das informações contábeis, divulgados pela ANS, foi possível realizar a análise. Os resultados apontaram que os índices de custo médio por evento apresentaram variação mais intensa do que os índices de quantidade de utilização.

Na medida em que a estimativa de vida aumenta, a preocupação com a solvência das operadoras também aumenta ao longo dos anos. É preciso ter controle sobre o aumento dos custos do setor para que seja possível traçar estratégias que minimizem os riscos futuros com o envelhecimento da população.

Os estudos de Bonacim e Araujo (2011) buscaram descrever as consequências das mudanças operacionais nos indicadores econômico-financeiros de um hospital público universitário. Por meio de um estudo de caso no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, os resultados apresentaram que as mudanças operacionais estão relacionadas com os indicadores de desempenho financeiro do hospital e concluíram que os custos médios apresentam tendência à estabilização, confirmando os ganhos em eficiência.

Outra pesquisa que segue a linha de Bonacim e Araujo (2011) são os estudos de Guimarães e Nossa (2010). Os autores analisaram a adequação de um modelo normativo de administração do capital de giro, em termos de lucratividade, liquidez e solvência e, por meio de uma pesquisa empírico-analítica testaram o modelo proposto por Fleuriet, Kehdy e Blanc (1978). Os resultados identificaram que a gestão eficiente do capital de giro está relacionada com o desempenho de lucratividade, liquidez e solvência.

Com essas duas pesquisas é possível concluir que as mudanças operacionais introduzidas da maneira correta melhoram o desempenho econômico-financeiro e que a gestão eficiente do capital de giro tem influência na lucratividade, liquidez e solvência, o que deve chamar a atenção dos profissionais da área.

Já a preocupação de Guimarães e Alves (2009) foi desenvolver um modelo de previsão de insolvência específico para as operadoras de plano de saúde. Por meio de uma regressão logística sobre 17 indicadores financeiros, o resultado foi um modelo com acurácia de 65,09% em uma amostra de 775 operadoras durante o ano de 2007/2008 e que segundo os autores, se considerar os impactos de medidas regulatórias, é bastante satisfatório. O modelo desenvolvido, específico para operadoras, se mostrou mais preciso e confiável que o modelo geral “escore Z” de Altaman.

Os próximos artigos são mais específicos na abordagem dos efeitos da regulação no setor de saúde suplementar no Brasil.

Estudos de Carvalho e Cecílio (2007) reconstruíram a discussão entre os principais atores sociais interessados no processo de regulação da saúde suplementar. A pesquisa foi

realizada por meio de um estudo empírico, de análise documental dos projetos apresentados e de entrevistas com atores considerados chave para o processo que antecedeu a Lei 9.656/98. Os atores sociais considerados no trabalho foram: Executivo, Conselho Nacional de Saúde – CNS, Ministério Público, PROCON, organizações não-governamentais – ONGs de usuários e consumidores, as entidades médicas e as operadoras de planos de saúde. Os resultados apontaram convergência das propostas entre entidades médicas com as defendidas pelas organizações de usuários e pelos institutos de defesa dos consumidores. E apontaram ainda a necessidade da construção de um bloco ético-político em defesa de qualificação da assistência regulamentar.

A pesquisa de Santos, Malta e Merhy (2008), um ano depois, apontou que a regulação trouxe avanços importantes em 3 dimensões identificadas e definidas pelos autores, sendo elas: a.) estrutura e operação do setor; b.) regulação econômica; c.) regulação assistencial. As análises dos documentos institucionais e bases de dados disponíveis da ANS permitiram aos autores apontar uma redução de beneficiários de plano de saúde nos primeiros anos de regulação, mas os autores lembram que um fator que possa ter contribuído para esse quadro foi a crise econômica de 2001. Após esse período observou-se um crescimento, chegando a 30% no número de beneficiários durante o período analisado de 2000 a 2006 que pode ser explicado pela adaptação das operadoras às novas regras do setor.

Os dados permitiram destacar maior solidez das operadoras, se tornando mais capitalizadas e sólidas, aumentando o grau de segurança dos beneficiários; e novas práticas assistenciais com programas de promoção à saúde e prevenção de doenças. Os autores também ressaltam o surgimento de um mercado mais saudável e competitivo e, observaram que as cooperativas médicas conseguiram se adaptar melhor à regulação do setor por se moverem mais rapidamente às demandas do mercado, ao contrário das seguradoras que tiveram um impacto negativo maior. E com o aumento da competitividade, as operadoras começaram a disputar por planos coletivos, passando a investir na ampliação da rede própria, redução da rede de serviços, o que gerou planos de custo mais baixo e de maior aceitação no mercado.

A tese de Santos (2006) que originou o artigo apresentado de Santos, Malta e Merhy (2008) apresentam alguns dados a mais como a redução de custos, devido a mobilidade da rede de serviços, redução do número de empresas devido as barreiras de entrada imposta pela regulação, mas com um número estável de beneficiários, reforçando a ideia da solidez das

empresas atuantes, mudanças na pirâmide da faixa etária, o que significa, redução de beneficiários jovens, menores de 19 anos e um aumento acima dessa faixa. Indicaram também que houve uma redução do número de beneficiários para as operadoras com número inferior a 10 mil beneficiários e aumento para as de maior porte, acima de 200 mil. Os aspectos a melhorar apontados pelo autor foram transparência do setor, relação público/ privado e necessidade de Sistemas de Informações.

Esses resultados indicam vários pontos positivos que foram ocorrendo após a regulação do setor de saúde suplementar no Brasil.

Pietrobon, Prado e Caetano (2008) por meio de uma visão crítica da análise da literatura, buscaram contextualizar a saúde suplementar no Brasil. Os autores identificaram que a ANS possui facilidades e possibilidades com a sua criação, de verificação e divulgação dos indicadores de desempenho e da qualidade da promoção dos cuidados da saúde. E que a busca pela qualificação das operadoras de seguros de saúde, é o que impulsiona a regulação. Os resultados também indicam que a ANS deveria atuar mais nas relações entre as operadoras, os prestadores de serviços e os beneficiários e assim contribuir para a melhoria do sistema como um todo.

A pesquisa de Roque (2004) buscou analisar a qualidade das evidenciações e as práticas contábeis que as operadoras de plano de saúde foram obrigadas a seguir após a Lei nº 9.656/98. Por meio do método indutivo, análise e interpretação de materiais com base nas demonstrações publicadas e normativos aplicáveis aos aspectos contábeis do setor, os resultados apresentaram que com a regulação, foi possível visualizar uma maior transparência nas demonstrações publicadas pelas operadoras, o que permite fazer uma análise financeira mais confiável.

No entanto, a pesquisa de Salles (2004) verificou, através de questionário aplicado às operadoras e análise dos dados contábeis, que as operadoras de pequeno porte ainda apresentam grande dificuldade de absorver as exigências da regulação, principalmente, os relacionados à adaptação das operadoras de pequeno porte ao Plano de Contas Padrão da ANS. Para o autor alguns conceitos e normas básicas de contabilidade devem ser revistos e definidos de forma mais clara.

Contudo, ainda que algumas dificuldades tenham surgido ao longo do caminho, como convergências de opiniões na implantação da regulação e dificuldades das operadoras

entenderem e seguirem os regulamentos emitidos pela ANS, os resultados apontados pelas pesquisas são positivos. Por exemplo, maior concorrência do setor com a atuação de empresas mais sólidas, aumento do número de beneficiários e confiança dos beneficiários, aumento dos programas de incentivo e prevenção e, ainda, o aumento significativo de informações confiáveis disponíveis do setor.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Com o intuito de conhecer e analisar o comportamento das estratégias de financiamento das operadoras de plano de saúde, comparando cooperativas médicas e medicinas de grupo, o estudo foi dividido em 2 (duas) etapas.

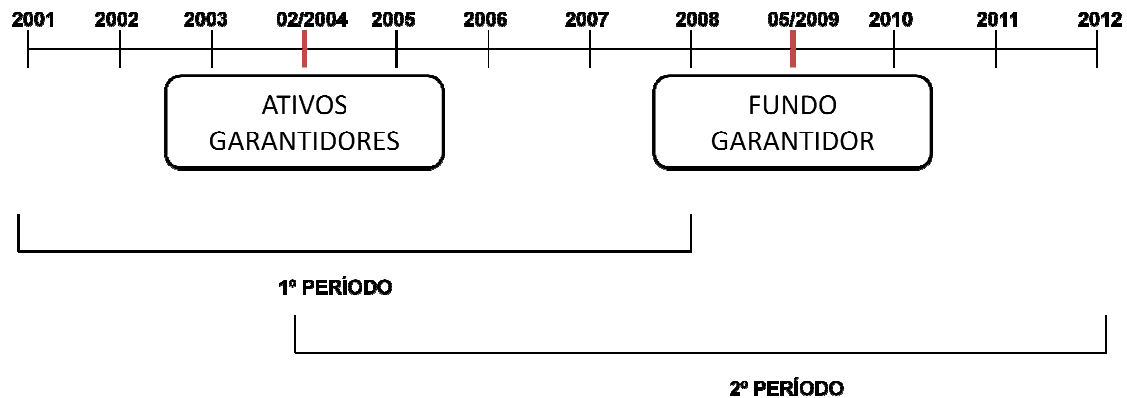
Na primeira etapa da pesquisa foi feita uma análise documental na Lei nº 9656 de 3 de junho de 1998, alterada por medidas provisórias, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, juntamente com a Lei nº 9961 de 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e nos normativos emitidos pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE que tratam dos aspectos econômico-financeiros que as operadoras devem atender para que tenham autorização de funcionamento, para compreender, descrever e analisar como a regulação evoluiu e se comportou ao longo dos anos, desde sua promulgação.

A pesquisa documental foi realizada em documentos de órgãos públicos ou privados de qualquer natureza, incluindo regulamentos e ofícios. (VERGARA, 2009). A análise documental da legislação e das resoluções de caráter econômico-financeira foi longitudinal, buscando identificar a cronologia de promulgação e evidenciar, ao longo do tempo, a implementação e as mudanças promovidas nas resoluções. O período de análise compreendeu de 2000, ano em que foi promulgada a Lei nº 9961/00, até novembro de 2011.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

Após a análise documental, foram identificados 2 marcos regulatórios: a.) Implantação dos Ativos Garantidores - AG e b.) Instituição do Fundo Garantidor da Saúde - FGS. Dessa forma, segmentou-se a amostra em duas maneiras distintas. No 1º caso, considerou-se os períodos de 2001 a 2003 e 2004 a 2008 para identificar os efeitos da implantação dos Ativos Garantidores e, no 2º caso, considerou-se os períodos de 2004 a 2008 e 2009 a 2012 para identificar o efeito da instituição do Fundo Garantidor, conforme apresenta a Figura 02.

FIGURA 02 - Período da regulação



Fonte: do autor

A segunda etapa da pesquisa consistiu de analisar os efeitos da regulação nas estratégias de financiamento das operadoras de plano de saúde a partir da análise de suas Demonstrações Financeiras, observando seus índices econômico-financeiros ao longo dos anos.

Os dados foram coletados através do site da ANS (2013), com todos os dados contábeis desde o 4º trimestre de 2001 até o 4º trimestre de 2012, após pedido encaminhado à ANS, conforme Anexo A. A amostra inicial foi composta por 210 operadoras de plano de saúde, dessas 127 Cooperativas médicas e 83 Medicinas de Grupo. Totalizando no período 27.720 dados tabulados e analisados, sendo 16.764 referentes a Cooperativas médicas e 14.619 referentes a Medicinas de grupo.

3.3 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DA PESQUISA

Com os dados tabulados, procedeu-se o cálculo dos índices de Rentabilidade do Ativo (ROA), Rentabilidade do Patrimônio Líquido (ROE), Imobilizado (IMOB), Endividamento (ENDIV), Endividamento de curto prazo (ENDIVCP), Endividamento de Longo Prazo (ENDIVLP), Imobilização do Patrimônio Líquido (IMOBPL), Composição do Endividamento (CE), Capital de Terceiros sobre Capital Próprio (CTCP), Liquidez Geral (LG) e Liquidez Corrente (LC), conforme apresentado no Quadro 02. De acordo com Matarazzo (2010) todos os índices procuram de alguma maneira medir o equilíbrio entre

investimento e financiamento, pois os resultados gerados pelas empresas dependem dessa adequação. (MATARAZZO, 2010).

QUADRO 02 - Cálculos dos Índices Econômicos Financeiros

Indicadores	Variável	Fórmula
Tamanho	TAM	Ativo total
Rentabilidade do Ativo	ROA	$\frac{\text{Resultado Líquido} + \text{Despesas Financeiras}}{\text{Patrimônio Líquido}}$
Imobilizado	IMOB	$\frac{\text{Ativo Permanente}}{\text{Ativo Total}}$
Endividamento	ENDIV	$\frac{\text{Passivo circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}}{\text{Ativo Total}}$
Endividamento de curto prazo	ENDIVCP	$\frac{\text{Passivo Circulante}}{\text{Ativo Total}}$
Endividamento de longo prazo	ENDIVLP	$\frac{\text{Exigível a Longo Prazo}}{\text{Ativo Total}}$
Imobilização do Patrimônio Líquido	IMOBPL	$\frac{\text{Ativo Permanente}}{\text{Patrimônio Líquido}}$
Composição do Endividamento	CE	$\frac{\text{Passivo Circulante}}{\text{Exigível Total}}$
Capital de terceiros sobre Capital próprio	CTCP	$\frac{\text{Exigível Total}}{\text{Patrimônio Líquido}}$
Liquidez Geral	LG	$\frac{\text{Ativo Circ.} + \text{Realizável a LP}}{\text{Passivo Circ.} + \text{Exigível a LP}}$
Liquidez Corrente	LC	$\frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$

Fonte: do autor

Cabe ressaltar que o índice de Rentabilidade do Ativo foi calculado sem considerar as despesas financeiras, ou seja, ao resultado líquido somou-se as despesas financeiras líquidas do imposto de renda. De acordo com Martins, Diniz e Miranda (2012) o ativo produz o lucro derivado das atividades operacionais, e esse lucro, não pode conter o efeito da forma como o ativo é financiado.

Finalmente, para elaboração do modelo de regressão, utilizou-se os índices em escala logarítmica, com o intuito de linearizar a relação das variáveis com o ROA.

3.4 METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

Nessa seção serão descritos os procedimentos adotados para a análise dos dados com o intuito de verificar o comportamento das estratégias de financiamento adotadas pelas cooperativas médicas e medicinas de grupo.

O tratamento dos dados iniciou-se com uma análise exploratória, para entender o comportamento dos índices econômico-financeiros de forma marginal (univariada). Para Larson e Farber (2009), a análise exploratória é uma forma de organizar, resumir e representar os dados encontrados, permitindo enxergar informações que não estavam explícitas, descrevendo tendências, médias e variações. O autor também acrescenta que em uma análise descritiva, é importante observar o centro, a variabilidade e a forma dos dados. A análise exploratória dos dados possibilitou ordenar e conhecer o comportamento das variáveis ao longo do período e as diferenças existentes entre cooperativas médicas e medicinas de grupo.

Para analisar a diferença entre os índices econômico-financeiros (IMOB, IMOBPL, ENDIV, ENDIVCP, ENDIVLP, CE, CTCP, LG e LC) durante os períodos de estudo, procedeu-se a aplicação do teste não-paramétrico de Wilcoxon, uma vez que a distribuição dos índices não foi considerada normal (ao nível de significância de 5%) após a realização do teste de Kolmogorov-Smirnov. De acordo com Levin e Fox (2004), o teste de Wilcoxon deve ser aplicado quando o objetivo é comparar uma mesma variável antes e após uma determinada situação, como na Figura 2.

Finalmente, com o intuito de verificar se a Rentabilidade do Ativo das operadoras de plano de saúde está associada à regulação, procedeu-se a construção de modelos de regressão para os 2 períodos identificados e apresentados na Figura 2.

Modelos de regressão são modelos estatísticos que relacionam o comportamento de uma determinada variável dependente com uma ou mais variáveis independentes. Nesta pesquisa, os dados das empresas estão numa estrutura longitudinal, onde as rentabilidades, assim como os índices econômico-financeiros das operadoras de saúde foram observadas. Nos modelos estatísticos com estrutura longitudinal (ou de dados em painel como denominados na econometria), a mesma unidade de corte transversal é acompanhada ao longo do tempo, isto é, são combinadas características de séries temporais com dados de corte transversal (GUJARATI, 2006).

Neste trabalho, os dados ao longo do tempo foram tratados segundo a abordagem dos Modelos Lineares Generalizados Mistos, apresentada em Silva et al. (2013), que utilizou esta ampla classe de modelos estatísticos para analisar empiricamente a relação entre o investimento passado e rentabilidade (medido pelo coeficiente Q de Tobin), considerando-se cinco cenários com diferentes períodos de investimento. Segundo Silva et al. (2013), é esperado que medidas de uma mesma empresa sejam correlacionadas entre si ao longo do tempo. Caso esta autocorrelação esteja presente nos dados e modelos usuais de regressão linear venham a ser utilizados, o importante pressuposto de independência entre as observações não será satisfeito. Neste caso, a utilização de um modelo com efeitos fixos e aleatórios (denominado modelo de efeitos mistos), aumenta a precisão dos testes de hipóteses por modelar adequadamente correlações entre as medidas longitudinais das empresas.

Neste modelo, os efeitos fixos são representados pelas variáveis independentes ou fatores observados das empresas e os efeitos aleatórios agregam todos os fatores não mensuráveis ou não observados, associados a cada empresa, que respondem diferentemente uma da outra. Para controlar os efeitos dos fatores relacionados ao período sobre as empresas, o modelo de efeitos mistos pode ser descrito de forma mais geral como na classe de modelos lineares mistos:

$$Y = X\beta + Zb + \varepsilon,$$

A variável **Y** representa a informação modelada ou a ser explicada, **X** é uma matriz cujas colunas contêm informações sobre as variáveis explicativas, **β** o vetor de parâmetros associados às variáveis explicativas, e a matriz **Z** tem fatores relacionados à seus respectivos efeitos aleatórios contidos no vetor **b**. Os efeitos aleatórios, são considerados independentes das covariáveis da matriz **X** e têm uma normal multivariada com distribuição $N(0, D)$, com média zero e variância-covariância **D**. O vetor **ε** é o vetor de erros aleatórios com distribuição normal multivariada $N(0, \Sigma)$ e **Σ** é a matriz de variância-covariância geral.

Nesta dissertação foi considerado que características não observadas das empresas possam influenciar os regressores e o uso dos modelos com efeitos fixos e aleatórios são mais adequados aos propósitos esperados.

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados evidenciados por meio da análise exploratória de dados, dos testes estatísticos de Wilcoxon, com o intuito de verificar o comportamento das estratégias de financiamento e dos modelos de regressão construídos para analisar a rentabilidade das operadoras de plano de saúde frente à regulação do setor (desenvolvida ao longo do tempo).

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS ÍNDICES ECONÔMICO-FINANCEIROS

A Tabela 1 apresenta uma análise descritiva das variáveis da pesquisa com a média, desvio padrão, coeficiente de variação e valores mínimo e máximo. É possível observar uma grande dispersão dos índices de Rentabilidade do Patrimônio Líquido (ROE), Composição do Endividamento (CE) e Imobilização do Patrimônio Líquido (IMOBPL) dentro do período de estudo. Essa dispersão é evidenciada pelo coeficiente de variação dos índices de 10,38; 3,5350 e 3,2187.

TABELA 1 - Estatística descritiva das variáveis da pesquisa

Variável	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Mínimo	Máximo
ROASDF	0,0757	0,1205	1,5921	-0,6531	0,6624
ROE	0,2083	2,1622	10,3800	-32,9675	34,3250
IMOB	0,3372	0,5246	1,5557	0	8,6995
IMOBPL	1,9760	6,3610	3,2187	-19,8940	92,7600
ENDIV	0,7728	0,7884	1,0201	0,0082	8,4672
ENDIVCP	0,5006	0,5795	1,1576	0,0008	7,5488
ENDIVLP	0,2691	0,3553	1,3202	0	5,8230
CE	0,6569	0,2322	3,5350	0,0020	0,9999
CTCP	4,9160	10,7040	2,1773	-37,2010	143,5170
LG	1,1981	1,1431	0,9541	0,0019	17,3048
LC	1,7159	2,4995	1,4567	0,0023	30,4709

Fonte: do autor

A Tabela 2 apresenta a descrição dos índices econômico-financeiros segundo a modalidade das operadoras de saúde (cooperativa médica ou medicina de grupo).

TABELA 2 - Estatística descritiva dos índices financeiros segundo a modalidade das operadoras.

Variável	Modalidade	Média	Desvio padrão	Coefficiente de variação	Mínimo	Máximo
ROA	CM	0,0743	0,1034	1,3911	-0,6531	0,6558
	MG	0,0781	0,1465	1,8751	-0,6374	0,6624
ROE	CM	0,2820	1,9915	7,0618	-23,7300	33,5480
	MG	0,0747	2,4370	3,2615	-32,9675	34,3250
IMOB	CM	0,3084	0,4719	1,5299	0,0009	8,2288
	MG	0,3894	0,6055	1,5551	0	8,6995
IMOBPL	CM	1,9490	6,5250	3,3487	-19,3770	92,7600
	MG	2,0270	6,0520	2,9866	-19,8940	92,4970
ENDIV	CM	0,7840	0,8202	1,0462	0,0082	8,4672
	MG	0,7526	0,7272	0,9662	0,0124	8,3564
ENDIVCP	CM	0,4716	0,6202	1,3151	0,0008	7,4894
	MG	0,5531	0,4933	0,8918	0,0024	7,5488
ENDIVLP	CM	0,3124	0,3758	1,2029	0,00004	5,8230
	MG	0,1907	0,2996	1,5709	0	3,4849
CE	CM	0,5986	0,2325	0,3885	0,0020	0,9999
	MG	0,7627	0,1907	0,2501	0,0130	0,9999
CTCP	CM	5,1560	11,1010	2,1531	-33,3490	143,5170
	MG	4,4810	9,9350	2,2170	-37,2010	113,0720
LG	CM	1,1863	1,0348	0,8723	0,0105	17,3048
	MG	1,2195	1,3170	1,0800	0,0019	14,8615
LC	CM	1,8092	2,5918	1,4325	0,0036	30,4709
	MG	1,5476	2,3159	1,4965	0,0023	27,4517

CM: cooperativa média; MG: medicina de grupo.

Fonte: do autor

Observa-se que segregando as operadoras em Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo, a média do Endividamento (ENDIV) das Cooperativas supera as Medicinas de Grupo (0,78 contra 0,75). Além disso, o Endividamento de Longo prazo (ENDIVLP) é maior para as Cooperativas (0,31 contra 0,19) e o de curto prazo (ENDIVCP) é maior para as Medicinas (0,55 contra 0,47). Essa diferença fica visível quando se observa a Composição do Endividamento (CE), neste caso, 0,59 para as Cooperativas contra 0,76 para as Medicinas de grupo.

Nota-se que a média da Liquidez Geral (LG) é bem próxima para ambas as modalidades, mas é ainda um pouco maior para as Medicinas (1,21 contra 1,18). No entanto, a Liquidez Corrente (LC) é maior para as Cooperativas (1,80 contra 1,54).

Os índices de Rentabilidade do Ativo (ROA) quase não apresentam diferenças (0,074 contra 0,075). Observa-se uma diferença elevada no índice de Rentabilidade do Patrimônio Líquido (ROE). O ROE das Cooperativas Médicas supera ao das Medicinas (0,28 contra 0,07). No entanto, a variabilidade desse índice tanto para as Cooperativas quanto para as Medicinas é elevado, o coeficiente de variação é de 7,06 e 3,26, respectivamente.

4.2 ESTRATÉGIAS DE FINANCIAMENTO DAS OPERADORAS DE SAÚDE

Com o objetivo de identificar o comportamento das estratégias de financiamento frente aos marcos regulatórios do setor de saúde suplementar no Brasil, segmentou-se a amostra de duas maneiras distintas. No 1º caso, considerou-se os períodos de 2001 a 2003 e 2004 a 2008 para identificar os efeitos da implantação dos Ativos Garantidores e, no 2º caso, considerou-se os períodos de 2004 a 2008 e 2009 a 2012 para identificar o efeito da instituição do Fundo Garantidor, conforme descrito no Capítulo 3.

Com a definição dos períodos de estudo, mediu-se os índices financeiros, utilizando as variáveis IMOB, IMOBPL, ENDIV, ENDIVCP, ENDIVLP, CE, CTCP, LG e LC para cada uma das cooperativas médicas e medicinas de grupo entre os anos de 2001 a 2012. A partir deste processo, obteve-se a média para cada operadora de plano de saúde entre os anos de 2001 a 2003, 2004 a 2008 e 2009 a 2012 para cada uma das variáveis mensuradas.

A análise para avaliar se houve diferenças significativas nas estratégias de financiamento das cooperativas médicas e medicinas de grupo, frente aos marcos regulatórios, foi realizada por meio Teste de Wilcoxon (ver capítulo 3).

A Tabela 3 apresenta os resultados para os Testes de Wilcoxon entre os anos de 2001 a 2003 e 2004 a 2008, ou seja, 1º período de alteração da regulação.

TABELA 3 - Comparação 2001 a 2003 versus 2004 a 2008.

Variáveis	Período 2001 a 2003		Período 2004 a 2008		Valor-p ^a
	Media	DP	Média	DP	
IMOB	0,4103	0,5465	0,3551	0,3056	0,782
IMOBPL	3,0955	6,8074	1,9462	3,0126	0,991
ENDIV	0,7747	0,8271	0,7830	0,4359	0,001***
ENDIVCP	0,5554	0,6425	0,5145	0,3086	0,816
ENDIVLP	0,2001	0,2622	0,2685	0,2525	< 0,001***
CE	0,7074	0,2099	0,6738	0,1759	< 0,001***
CTCP	5,9348	10,2326	4,9453	4,9657	0,199
LG	1,4734	1,2233	1,2321	0,5954	0,257
LC	2,0774	2,0146	1,9377	1,5248	0,349

*** Significante a 0,001; ^a Teste de Wilcoxon.

Fonte: do autor.

Os resultados apresentados na Tabela 3 indicam que houve diferenças significativas nas variáveis ENDIV, ENDIVLP e CE, uma vez que o valor-p dos testes foi inferior a 0,05. Pode-se dizer que houve um aumento no ENDIV e ENDIVLP nos anos de 2004 a 2008 (em relação a 2001 a 2003) e uma redução da CE.

Com a obrigatoriedade dos Ativos Garantidores, ou seja, de uma garantia financeira real das provisões técnicas constituídas, as operadoras teriam 2 alternativas: se financiar com Capital Próprio ou com Capital de Terceiros. Nota-se neste primeiro momento que a alternativa adotada pelas operadoras resultou na busca por Capital de Terceiros. Os índices de Endividamento, tanto geral quanto de longo prazo tiveram um aumento significativo. Estes resultados confirmam a posição de Guimarães e Alves (2009) de que após a regulação do setor, as operadoras passaram a enfrentar um nível maior de dificuldades financeiras. De acordo com Bahia e Viana (2002), as empresas médicas ameaçaram falir em virtude das exigências a elas impostas, em especial com a comprovação de solvência e que a busca por capital de terceiros, foi uma alternativa adotada pelas operadoras.

A redução da Composição do Endividamento (CE) indica, além disso, que o endividamento de curto prazo (ENDIVCP) caiu em relação ao de longo prazo, ou seja, as operadoras procuraram se financiar com dívidas de longo prazo.

Com o intuito de observar se as estratégias de financiamento foram diferentes entre as modalidades pesquisadas, dividiu-se a amostra em Cooperativas médicas e Medicinas de grupo. A Tabela 4 apresenta os resultados dos testes de Wilcoxon entre os anos de 2001 a 2003 e 2004 a 2008, ou seja, 1º período da regulação, para as cooperativas médicas.

TABELA 4 - Comparação 2001 a 2003 versus 2004 a 2008 – cooperativas médicas 127.

Variáveis	Período 2001 a 2003		Período 2004 a 2008		Valor-p ^a
	Média	DP	Média	DP	
IMOB	0,3688	0,5345	0,3382	0,2961	0,701
IMOBPL	3,2266	7,1937	1,7982	2,3044	0,883
ENDIV	0,7733	0,8445	0,8090	0,4505	0,001***
ENVIVCP	0,5634	0,6963	0,4929	0,3072	0,985
ENDIVLP	0,2099	0,2401	0,3161	0,2756	< 0,001***
CE	0,6714	0,2120	0,6221	0,1667	< 0,001***
CTCP	6,6130	11,6861	5,0731	4,6749	0,166
LG	1,4990	1,2618	1,1986	0,4454	0,307
LC	2,2674	2,2152	2,0400	1,5477	0,551

*** Significante a 0,001; ^a Teste de Wilcoxon.

Fonte: do autor.

Observa-se na Tabela 4 que houve diferenças significativas nas variáveis de Endividamento Geral (ENDIV), Endividamento de Longo Prazo (ENDIVLP) e Composição de Endividamento (CE), uma vez que o valor-p dos testes foi inferior a 0,05. Os resultados indicam que houve um aumento significativo no ENDIV e no ENDIVLP nos anos de 2004 a 2008 (em relação a 2001 a 2003) e uma redução na CE para as cooperativas.

A Tabela 5 apresenta os resultados dos testes de Wilcoxon entre os anos de 2001 a 2003 e 2004 a 2008, ou seja, 1º período da regulação, para as medicinas de grupo.

TABELA 5 - Comparação 2001 a 2003 e 2004 a 2008 - medicinas de grupo 80.

Variáveis	Período 2001 a 2003		Período 2004 a 2008		Valor-p ^a
	Média	DP	Média	DP	
IMOB	0,4896	0,5645	0,3822	0,3204	0,831
IMOBPL	2,8456	6,0489	2,1842	3,8963	0,831
ENDIV	0,7775	0,7995	0,7412	0,4106	0,221
ENVIVCP	0,5400	0,5298	0,5493	0,3097	0,674
ENDIVLP	0,1815	0,3009	0,1919	0,1878	0,010**
CE	0,7761	0,1892	0,7569	0,1583	0,023*
CTCP	4,6418	6,5259	4,7399	5,4252	0,815
LG	1,4246	1,1543	1,2861	0,7788	0,574
LC	1,7152	1,5133	1,7734	1,4822	0,446
LI	0,5096	0,9009	0,3250	0,5316	0,309

* Significante a 0,05; ** Significante a 0,01; ^a Teste de Wilcoxon.

Fonte: do autor.

Na Tabela 5 constata-se que houve diferenças significativas apenas nas variáveis de Endividamento de Longo Prazo (ENDIVLP) e Composição do Endividamento (CE), uma vez que o valor-p dos testes foi inferior a 0,05, indicando que houve um aumento significativo no ENDIVLP nos anos de 2004 a 2008 (em relação à 2001 a 2003) e uma redução na CE.

Os resultados apresentados nas Tabelas 4 e 5 apontam que, para o primeiro período da regulação, apenas as Cooperativas Médicas apresentaram um aumento no Endividamento Geral (ENDIV). Isso indica que as Cooperativas Médicas, diferentemente, das Medicinas de Grupo, buscaram se capitalizar com recursos de terceiros ao invés do Capital Próprio. Observa-se que as Medicinas de Grupo não apresentaram aumento no índice de ENDIV e nem mesmo uma redução na composição do Capital de terceiros sobre o Capital Próprio, indicando que reinvestiram o resultado do período, atendendo as exigências da regulação, mas sem aumento do endividamento. Segundo Seibel (2003) as cooperativas médicas enfrentam um desafio ainda maior, pois o próprio administrador é também o médico que atua prestando o serviço, devendo conciliar com profissionalismo e comprometimento o processo

democrático de decisões com as demandas de um mercado competitivo. Borges e Tavares (2009) complementam que o fato das cooperativas serem geridas por médicos e não administradores pode impedir a organização de atingir patamares administrativos mais altos. Outro ponto que possa justificar essa diferença é a característica do cooperativismo médico que visa proteger o mercado de trabalho, remunerando seus médicos associados de forma diferente de como ocorre nas medicinas de grupo.

Nota-se que ambas as modalidades adotaram a estratégia de aumentar a dívida de longo prazo e reduzir as dívidas de curto prazo, indicado pelo aumento da variável ENDIVLP e redução da CE.

A Tabela 6 apresenta os resultados para os testes de Wilcoxon entre os anos de 2004 a 2008 e 2009 a 2012, ou seja, o 2º período da regulação.

TABELA 6 - Comparação 2004 a 2008 e 2009 a 2012.

Variáveis	Período 2004 a 2008		Período 2009 a 2012		Valor-p ^a
	Média	DP	Média	DP	
IMOB	0,3551	0,3056	0,2748	0,1760	< 0,001***
IMOBPL	1,9462	3,0126	1,3032	1,5875	< 0,001***
ENDIV	0,7830	0,4359	0,7689	0,2064	< 0,001***
ENVIVCP	0,5145	0,3086	0,4669	0,1834	0,950
ENDIVLP	0,2685	0,2525	0,3020	0,1877	< 0,001***
CE	0,6738	0,1759	0,6220	0,1926	0,002**
CTCP	4,9453	4,9657	4,3712	5,2568	0,216
LG	1,2321	0,5954	1,0134	0,3552	< 0,001***
LC	1,9377	1,5248	1,2409	0,5109	< 0,001***

* Significante a 0,05; ** Significante a 0,01; ^a Teste de Wilcoxon.

Fonte: do autor.

Os dados da Tabela 6 evidenciam que houve diferenças significativas em todas as variáveis exceto para o Endividamento de Curto Prazo (ENVIVCP) e do Capital de Terceiros sobre Capital Próprio (CTCP). Pode-se dizer que houve um aumento significativo no Endividamento de Longo Prazo (ENDIVLP) nos anos de 2009 a 2012 (em relação a 2004 a 2008) e uma redução também significativa nos índices de Imobilização (IMOB), Imobilização do Patrimônio Líquido (IMOBPL), Composição do Endividamento (CE), Liquidez Geral (LG) e Liquidez Corrente (LC).

Nota-se que com a implantação do Fundo Garantidor os índices de Liquidez diminuíram, o que contraria a proposta do programa que visou beneficiar as operadoras, exigindo um depósito proporcionalmente menor para duas ou mais operadoras que

constituíssem o Fundo Garantidor da Saúde possibilitando maior capital de giro. (ANS, 2011a).

A Tabela 7 apresenta os resultados para os testes de Wilcoxon entre os anos de 2004 a 2008 e 2009 a 2012, ou seja, 2º período da regulação para as cooperativas.

TABELA 7 - Comparação 2004 a 2008 e 2009 a 2012 – cooperativas médicas.

Variáveis	Período 2004 a 2008		Período 2009 a 2012		Valor-p ^a
	Média	DP	Média	DP	
IMOB	0,3382	0,2961	1,2032	1,0273	< 0,001***
IMOBPL	1,7982	2,3044	0,7754	0,1775	0,003**
ENDIV	0,8090	0,4505	0,4013	0,1437	< 0,001***
ENVIVCP	0,4929	0,3072	0,3740	0,1804	0,060
ENDIVLP	0,3161	0,2756	0,5321	0,1689	< 0,001***
CE	0,6221	0,1667	4,3734	4,5467	< 0,001***
CTCP	5,0731	4,6749	1,0113	0,2634	0,488
LG	1,1986	0,4454	1,2988	0,5320	< 0,001***
LC	2,0400	1,5477	0,0688	0,0773	< 0,001***

* Significante a 0,05; ** Significante a 0,01; ^a Teste de Wilcoxon.

Fonte: do autor.

A Tabela 7 demonstra que houve diferenças significativas em todas as variáveis exceto para ENDIVCP e CTCP. Pode-se dizer que houve um aumento significativo em IMOB, ENDIVLP, CE e LG nos anos de 2009 a 2012 (em relação à 2004 a 2008) e uma redução também significativa em IMOBPL, ENDIV e LC.

A Tabela 8 apresenta os resultados para os testes de Wilcoxon entre os anos de 2004 a 2008 e 2009 a 2012, ou seja, 2º período da regulação para medicinas de grupo.

TABELA 8 - Comparação 2004 a 2008 e 2009 a 2012 (medicinas de grupo).

Variáveis	Período 2004 a 2008		Período 2009 a 2012		Valor-p ^a
	Média	DP	Média	DP	
IMOB	0,3822	0,3204	0,3171	0,2000	0,235
IMOBPL	2,1842	3,8963	1,4618	2,2016	0,046*
ENDIV	0,7412	0,4106	0,7587	0,2463	0,005**
ENVIVCP	0,5493	0,3097	0,5711	0,1920	0,023*
ENDIVLP	0,1919	0,1878	0,1876	0,1354	0,147
CE	0,7569	0,1583	0,7646	0,1330	0,969
CTCP	4,7399	5,4252	4,3677	6,2519	0,312
LG	1,2861	0,7788	1,0166	0,4673	< 0,001***
LC	1,7734	1,4822	1,1491	0,4641	< 0,001***

* Significante a 0,05; ** Significante a 0,01; ^a Teste de Wilcoxon.

Fonte: do autor.

Pela Tabela 8 constata-se que houve diferenças significativas apenas nas variáveis IMOBPL, ENDIV, ENDIVCP, LG, LC e LI. Desta forma, pode-se dizer que houve um aumento significativo nos índices de endividamento geral e de curto prazo nos anos de 2009 a 2012 (em relação a 2004 a 2008) e uma redução também significativa nos índices de imobilizado (IMOBPL) e de liquidez (LG e LC).

No 2º período da regulação, houve diferenças nas estratégias de financiamento entre as modalidades. Isso pode ter ocorrido, devido ao fato de que a instituição do Fundo Garantidor, não é uma condição imposta às Cooperativas Médicas ou Medicinas de Grupo, sendo assim, elas têm a opção de aderir ou não.

Observa-se que para as Cooperativas Médicas o endividamento geral diminuiu e em contrapartida para as Medicinas de Grupo aumentou. Além disso, houve um aumento da Liquidez Geral das Cooperativas Médicas em comparação às Medicinas de Grupo. Uma justificativa para isso pode ter sido o fato das Cooperativas Médicas terem se unido com uma frequência maior que as Medicinas de Grupo para constituir o Fundo Garantidor da Saúde (FGS). As Cooperativas médicas possuem uma característica diferente das Medicinas de Grupo e o entrosamento entre elas ocorre com mais facilidade. De acordo com Borges e Tavares (2009) a formação de redes envolve estratégias de longo prazo para adequação da força de trabalho às mudanças previstas no sistema. Além disso, as autoras acrescentam que na rede cooperativista há uma forte presença de colaboração e cooperação, o que facilita o alcance dos objetivos e sucesso nas ações coletivas.

No entanto, nota-se que o índice de Liquidez Corrente (LC) teve uma queda para ambas as modalidades. Esse resultado contraria o propósito regulatório da ANS, que buscou possibilitar maior capital de giro para as operadoras que constituíssem o Fundo Garantidor da Saúde, exigindo um depósito proporcionalmente menor.

Observa-se também que houve uma redução da Imobilização do Patrimônio Líquido para as modalidades, o que segundo Matarazzo (2010) diminui a probabilidade de dependência de recursos de terceiros para financiar o ativo circulante, sendo ideal a empresa dispor de recursos próprios suficientes para cobrir o Ativo Permanente e ainda dispor de recursos para financiar o Ativo Circulante.

Identificou-se também que houve um aumento significativo do ENDIVLP para as Cooperativas Médicas. Em contra partida houve um aumento do ENDIVCP para as Medicinas

de Grupo. Nesse ponto, as Cooperativas aparentam ter obtido vantagem sobre as Medicinas com a regulação, pois conforme lembra Marazzo (2010), uma coisa é ter dívidas de curto prazo que precisam ser pagas hoje e outra coisa é ter dívidas em que a empresa tem um tempo para liquidá-las. Ainda que de acordo com Silva (1996), um endividamento alto de curto prazo não significa, necessariamente, um ponto negativo.

Finalmente, observa-se que para as Cooperativas Médicas houve um aumento significativo do Imobilizado o que não ocorreu com as Medicinas. Esses resultados corroboram ao levantando por Santos, Malta e Merhy (2008) e Salvalaio e Souza (2009) de que as operadoras passaram a verticalizar suas estruturas, através da construção de redes próprias, permitindo a elas maior autonomia e controle dos custos. No entanto, cabe ressaltar que esses argumentos foram observados apenas para as Cooperativas Médicas.

4.3 REGULAÇÃO E RENTABILIDADE DAS OPERADORAS DE SAÚDE

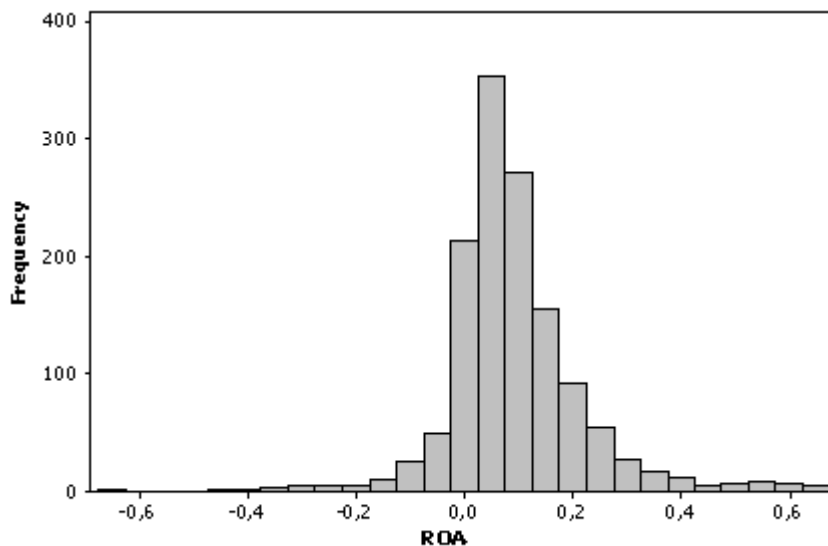
Nesta seção serão apresentados os resultados dos modelos de regressão construídos com o intuito de avaliar se houve diferenças significativas nas rentabilidades das operadoras de saúde em função da regulação. Para tanto, a amostra foi dividida conforme apresentado no Capítulo 3.

Após o cálculo das variáveis, os dados coletados demonstraram elevada variabilidade. Para minimizar esses efeitos, foi feito um corte de 0,05% das caudas superiores e inferiores. De acordo com Martins (2002), observações que fogem das dimensões esperadas são conhecidas como *outliers*. Segundo Morettin e Bussab (2012), um *outlier* ou observações discrepantes, podem ser causados por um erro de observação ou de arredondamento. Ainda de acordo com os autores, é aceitável a utilização de Limites Inferiores e Limites Superiores como justificativa para retirar da amostra as observações atípicas. Essa técnica é conhecida como winsorização. De acordo Sarlo Neto, Bassi e Almeida (2011) essa técnica foi proposta pelo bioestatístico C. P. Winsor. A amostra final totalizou 207 operadoras de plano de saúde no período de 2001 a 2012, compostas por 127 cooperativas e 80 medicinas de grupo.

4.3.1 PERÍODO 2001 A 2008

A Figura 3 apresenta a distribuição do índice de Rentabilidade do Ativo do período de 2001 a 2008 – 1º período da regulação.

FIGURA 3 - Distribuição do ROA – período de 2001 a 2008.



Fonte: do autor

Observa-se pela Figura 03 que a distribuição do índice de Rentabilidade do Ativo (ROA) não apresenta uma distribuição normal, ou seja, os dados possuem uma assimetria com uma elevada dispersão.

A Tabela 09 apresenta a correlação de Spearman (correlação não-paramétrica) do período de 2001 a 2008.

TABELA 09 - Correlação de Spearman (correlação não-paramétrica) do período de 2001 a 2008

	ROA	TAMANHO	IMOB	IMOBPL	CE	CTCP	LC	LG	ENDIV	ENDIVCP	ENDIVLP
ROA	1,000 .										
TAMANHO	0,008 0,764	1,000 .									
IMOB	-0,061* 0,025	-0,026 0,347	1,000 .								
IMOBPL	-0,209** 0,000	-0,043 0,116	0,656** 0,000	1,000 .							
CE	0,084** 0,002	-0,037 0,177	-0,024 0,387	-0,060* 0,028	1,000 .						
CTCP	-0,206** 0,000	-0,152** 0,000	-0,185** 0,000	0,472** 0,000	-0,062 0,023	1,000 .					
LC	0,192** 0,000	0,103** 0,000	-0,291** 0,000	-0,400** 0,000	-0,298** 0,000	-0,347** 0,000	1,000 .				
LG	0,221** 0,000	0,112** 0,000	-0,371 0,000	-0,509** 0,000	0,063* 0,023	-0,412** 0,000	0,820** 0,000	1,000 .			
ENDIV	-0,183** 0,000	-0,336** 0,000	-0,066* 0,016	0,294** 0,000	-0,113** 0,000	0,785** 0,000	-0,419** 0,000	-0,510** 0,000	1,000 .		
ENDIVCP	-0,035 0,201	-0,254** 0,000	-0,015 0,582	0,181** 0,000	0,579** 0,000	0,512** 0,000	-0,519** 0,000	-0,339** 0,000	0,642** 0,000	1,000 .	
ENDIVLP	-0,108** 0,000	-0,108** 0,000	0,028 0,306	0,137** 0,000	-0,867** 0,000	0,330** 0,000	0,069* 0,012	-0,273** 0,000	0,496** 0,000	-0,218** 0,000	1,000 .

* Correlação significativa no nível de 0,05

** Correlação significativa no nível de 0,01

Fonte: do autor

Observa-se na Tabela 09 que as variáveis da pesquisa possuem uma correlação significativa ao nível de 0,01 na maioria dos casos do período de 2001 a 2008. A Rentabilidade do Ativo (ROA) apenas não possui correlação com a variável de Endividamento de Curto Prazo (ENDIVCP) e Tamanho da operadora. Nota-se que as variáveis de Liquidez Geral (LG), Endividamento (ENDIV) e Capital de Terceiros sobre Capital Próprio (CTCP) possuem correlação com quase todas as variáveis da pesquisa. É esperado que as variáveis de Liquidez Geral e Liquidez Corrente possuam essa correlação, bem como as variáveis de Endividamento, Endividamento de Curto Prazo e Longo Prazo.

A Tabela 10 apresenta os resultados do modelo de regressão longitudinal normal para o ROA no período de 2001 a 2008.

TABELA 10 - Modelo de regressão longitudinal normal para o ROA no período de 2001 a 2008

Variáveis	Coefficiente	Erro padrão	Valor-p	
<i>Intercept</i>	0,33170	0,06181	<0,00010	***
Ano_2002 ¹	0,01959	0,01279	0,12590	
Ano_2003 ¹	-0,01848	0,01290	0,15210	
Ano_2004 ¹	-0,01908	0,01280	0,13630	
Ano_2005 ¹	0,04543	0,01294	0,00050	***
Ano_2006 ¹	0,03446	0,01285	0,00740	**
Ano_2007 ¹	-0,03814	0,01590	0,01660	**
Ano_2008 ¹	-0,07660	0,01523	<0,00010	***
TAMANHO	-0,00802	0,00316	0,01130	**
CTCP	0,00131	0,00047	0,00054	***
IMOB	0,02868	0,00546	<0,00010	***
IMOBPL	-0,03142	0,00545	<0,00010	***
ENDIV	0,02583	0,00629	<0,00010	***
LG	0,02288	0,00492	<0,00010	***
Coop. Médica ²	-0,02051	0,00904	0,02340	**
<i>Fonte de variação</i>		Estimativa	Erro padrão	
<i>Variação Operadora (σ_b^2)</i>		0,001635	0,000350	
<i>Variação Residual (σ_e^2)</i>		0,011380	0,000481	

Nível de significância: '*' 10% '**' 5% '***' 1%.

¹ Ano de 2001 foi usado como referência.

² Medicina de grupo foi usada como referência.

Fonte: do autor

Na primeira parte da Tabela 10 é possível identificar a significância das variáveis do modelo que explicam a variação da rentabilidade do ativo (ROA) das operadoras de saúde. Foi utilizada uma amostra de 1327 empresas-ano e a estimativa da variância devido a operadoras (juntamente com o erro padrão) indica a necessidade de um modelo de efeitos aleatórios. A respeito dos pressupostos dos resíduos do modelo, o teste de Shapiro-Wilk indicou falta de normalidade (valor-p < 0,10), enquanto que os pressupostos de homocedasticidade e independência entre os erros (autocorrelação) não foram violados. Esses resultados indicam que a análise da significância das variáveis deve ser realizada com cuidados e acompanhada de resultados obtidos anteriormente na análise descritiva.

Em relação à significância das variáveis, os resultados apresentados na Tabela 10 indicam significância nas variáveis *dummies* de Ano, TAMANHO, Capital de Terceiros sobre Capital Próprio (CTCP), Imobilizado (IMOB), Imobilização do Patrimônio Líquido (IMOBPL), Endividamento (ENDIV) e Liquidez Geral (LG).

Inicialmente, pode-se observar que operadoras com maiores estruturas podem ter tido dificuldades nesse 1º momento da regulação, uma vez que a variável TAMANHO apresentou coeficiente negativo, indicando menor rentabilidade do ativo. O mesmo ocorreu com a variável IMOBPL, ou seja, quanto maior a imobilização do Patrimônio Líquido, menor foi a rentabilidade do ativo. Esses resultados vão ao encontro ao argumento de Matarazzo (2010) que quanto maior a imobilização do Patrimônio Líquido, aumenta a probabilidade de dependência de recursos de terceiros para financiar o ativo circulante, sendo ideal a empresa dispor de recursos próprios suficientes para cobrir o Ativo Permanente e ainda dispor de recursos para financiar o Ativo Circulante. É preciso lembrar que as Cooperativas Médicas apresentaram um IMOBPL maior em comparação com as Medicinas de Grupo (3,22 contra 2,84), conforme apresenta a tabela 4 e 5.

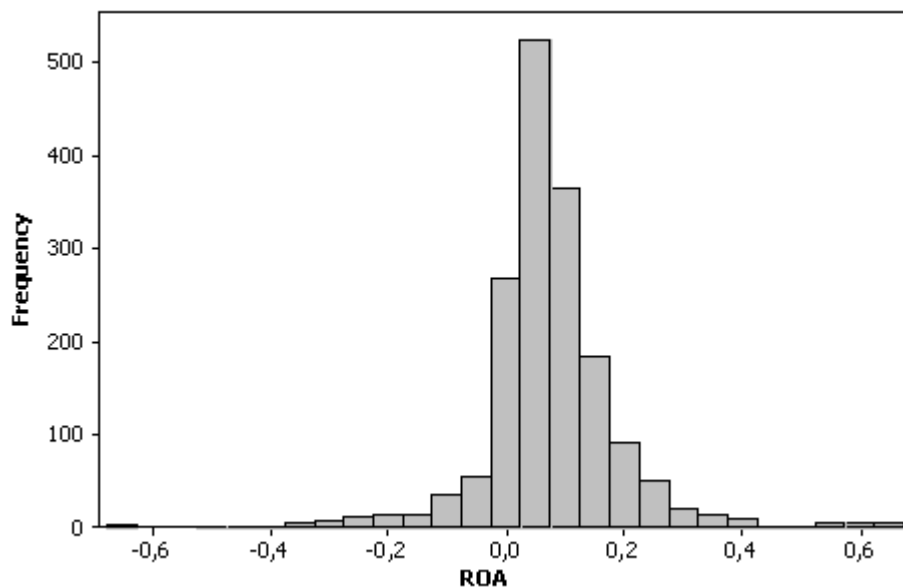
Os resultados também indicam que o aumento do Capital de terceiros sobre o Capital próprio (CTCP) e o índice de Endividamento geral (ENDIV) contribui para uma rentabilidade positiva do Ativo. No entanto, observa-se que é preciso manter um equilíbrio, indicado pela significância e positividade do índice de Liquidez Geral. Esses resultados contribuem para o argumento de Lemos (2008) de que a regulação no setor da saúde tem o intuito de equilibrar os aspectos financeiros das operadoras além da satisfação e o atendimento a seus beneficiários.

Os resultados indicaram também que o aumento do índice de Imobilizado (IMOB), contribuiu para a rentabilidade do Ativo, ou seja, as operadoras que investiram em rede própria e verticalizaram seus negócios apresentaram uma rentabilidade positiva do ativo. Contudo, desconsiderando os efeitos da conjuntura econômica, as Medicinas de Grupo, nessa primeira etapa da regulação, tiveram um ROA maior que das Cooperativas Médicas.

4.3.2 PERÍODO 2004 A 2012

A Figura 04 apresenta a distribuição do índice de Rentabilidade do Ativo do período de 2004 a 2012 – 2º período da regulação.

FIGURA 04 - Distribuição do ROA – período de 2004 a 2012.



Fonte: do autor

Observa-se pela Figura 04 que a distribuição do índice de Rentabilidade do Ativo do período de 2004 a 2012 não apresenta uma distribuição normal.

A Tabela 11 apresenta a Correlação de Spearman (correlação não-paramétrica) do período de 2004 a 2012.

TABELA 11 - Correlação de Spearman (correlação não-paramétrica) do período de 2004 a 2012

	ROA	TAMANHO	IMOB	IMOBPL	CE	CTCP	LC	LG	ENDIV	ENDIVCP	ENDIVLP
ROA	1,000 .										
TAMANHO	0,094** 0,000	1,000 .									
IMOB	-0,017 0,479	-0,002 0,925	1,000 .								
IMOBPL	-0,012 0,618	0,001 0,963	0,968** 0,000	1,000 .							
CE	0,072** 0,003	-0,053* 0,028	0,021 0,378	0,029 0,227	1,000 .						
CTCP	-0,215** 0,000	-0,059* 0,015	-0,196** 0,000	-0,183** 0,000	-0,200** 0,000	1,000 .					
LC	0,229** 0,000	0,110** 0,000	-0,376** 0,000	-0,376** 0,000	-0,146** 0,000	-0,278** 0,000	1,000 .				
LG	0,243** 0,000	0,137** 0,000	-0,504** 0,000	-0,492** 0,000	0,162** 0,000	-0,344** 0,000	0,794** 0,000	1,000 .			
ENDIV	-0,278** 0,000	-0,303** 0,000	-0,103** 0,000	-0,097** 0,000	-0,253** 0,000	0,671** 0,000	-0,455** 0,000	0,540** 0,000	1,000 .		
ENDIVCP	-0,099** 0,000	-0,275** 0,000	-0,004 0,873	0,002 0,949	0,628** 0,000	0,275** 0,000	-0,429** 0,000	-0,266** 0,000	0,472** 0,000	1,000 .	
ENDIVLP	-0,135** 0,000	-0,078** 0,001	-0,031 0,207	-0,039 0,108	-0,898** 0,000	0,373 0,000	-0,046 0,060	-0,335** 0,000	0,574** 0,000	-0,321** 0,000	1,000 .

* Correlação significativa no nível de 0,05

** Correlação significativa no nível de 0,01

Fonte: do autor

Observa-se na Tabela 11 que as variáveis da pesquisa possuem uma correlação significativa ao nível de 0,01 na maioria dos casos do período de 2004 a 2012. A Rentabilidade do Ativo (ROA) apenas não possui correlação com a variável Imobilizado (IMOB) e Imobilização do Patrimônio Líquido (IMOBPL). Nota-se que as variáveis de Liquidez Geral (LG) e Endividamento (ENDIV) possuem correlação com quase todas as variáveis da pesquisa. É esperado que as variáveis de Liquidez Geral e Liquidez Corrente possuam essa correlação, bem como as variáveis de Endividamento, Endividamento de Curto Prazo e Longo Prazo.

A Tabela 12 apresenta os resultados do modelo de regressão longitudinal normal para o ROA no período de 2004 a 2012.

TABELA 12 - Modelo de regressão longitudinal normal para o ROA no período de 2004 a 2012.

Variáveis	Coefficiente	Erro padrão	Valor-p	
<i>Intercept</i>	0,24380	0,04109	<0,00010	***
Ano_2005 ¹	0,05597	0,01158	<0,00010	***
Ano_2006 ¹	0,04138	0,01134	0,00030	***
Ano_2007 ¹	0,00526	0,01106	0,63420	
Ano_2008 ¹	-0,03212	0,01110	0,00390	**
Ano_2009 ¹	-0,02721	0,01131	0,01620	**
Ano_2010 ¹	-0,00711	0,01130	0,52940	
Ano_2011 ¹	-0,00891	0,01147	0,43760	
Ano_2012 ¹	-0,03104	0,01152	0,00710	***
CE	-0,12690	0,04269	0,00300	***
CTCP	-0,00064	0,00034	0,06160	*
IMOB	0,00889	0,00299	0,00300	***
ENDIV	-0,03696	0,02220	0,09620	*
ENDIVCP	0,06130	0,02066	0,00310	***
LG	0,04086	0,00593	<0,00010	***
Coop. Médica ²	-0,01328	0,00739	0,07240	*
Fonte de variação		Estimativa	Erro padrão	
<i>Variação Operadora (σ_b^2)</i>		0,000915	0,000228	
<i>Variação Residual (σ_e^2)</i>		0,010860	0,000398	

Nível de significância: '*' 10% '**' 5% '***' 1%.

¹ Ano de 2004 foi usado como referência.

² Medicina de grupo foi usada como referência.

Fonte: do autor

Os resultados evidenciados na Tabela 12 indicam que o endividamento de curto prazo maior que o de longo prazo não contribui para o aumento do ROA. Os resultados indicam ainda que quanto maior o Capital de terceiros sobre o Capital próprio e maior o índice de Endividamento, menor a Rentabilidade do Ativo. Diferentemente do que ocorreu no 1º período da regulação, em que o índice de Endividamento favoreceu a rentabilidade do ativo, nesse 2º período não ocorreu, ou seja, as operadoras que conseguiram reduzir o índice de endividamento e aumentar a liquidez geral tiveram uma rentabilidade média (ROA) positiva.

Comparando o 1º com o 2º período da regulação, identificamos que o comportamento do ENDIV se alterou, ou seja, no 1º período mesmo com o aumento do endividamento a rentabilidade (ROA) das operadoras se manteve positiva e no 2º período diminuiu.

Contudo, desconsiderando os efeitos da conjuntura econômica, as medicinas de grupo tiveram uma rentabilidade maior que das cooperativas. Esses resultados contrariam os argumentos de Santos, Malta e Merhy (2008) de que as cooperativas médicas conseguiram se adaptar melhor à regulação do setor por se moverem mais rapidamente às demandas do mercado, investindo na ampliação da rede própria e redução da rede de serviços. Os resultados da pesquisa evidenciaram que as medicinas de grupo tiveram um ROA maior que das cooperativas, indicando que souberam lidar com a regulação imposta, ainda que não tenham tido um aumento significativo no índice de Imobilização.

Do ponto de vista da Teoria Econômica da Regulação, os resultados da pesquisa indicam que não houve um favorecimento nem para as Cooperativas e nem para as Medicinas, ambas obtiveram dificuldades no 1º período regulatório com a instituição dos Ativos Garantidores e aos poucos foram se adaptando, equilibrando os índices de Liquidez e de Endividamento. Para o setor de saúde suplementar no Brasil, durante o período estudado, observa-se que com a regulação do setor, as operadoras tiveram que se adaptar, melhorar sua eficiência e dessa forma atender as necessidades da sociedade, o que está diretamente associado à Teoria do Interesse Público.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regulação busca assistir o Estado e assegurar o interesse público, principalmente em setores considerados essenciais para manter a ordem social. Os resultados apontaram uma tendência de maior preocupação da ANS em garantir a solvência das operadoras, exigindo delas cada vez mais, mas buscando alternativas que pudessem ao mesmo tempo atender as exigências das garantias financeiras e melhorar a eficiência na aplicação dos recursos, é o caso quando instituíram o Fundo Garantidor da Saúde – FGS.

A regulação trouxe uma quantidade maior de informações disponíveis sobre o setor através dos controles implantados com o auxílio do DIOPS, além da padronização das informações. Estas ações permitiram o acompanhamento das informações econômico-financeiras de forma transparente e mais confiável, por conta da uniformização do Plano de Contas que as operadoras tiveram que adotar.

A obrigatoriedade das Garantias Financeiras foi uma forma de controlar e assegurar os recursos mínimos necessários ao exercício da atividade, para evitar a descapitalização e a exposição das operadoras ao risco de não terem recursos disponíveis no futuro para prestarem o atendimento necessário aos seus clientes, uma vez que recebem antecipadamente pelos serviços.

Em relação aos Ativos Garantidores constatou-se que as normas impuseram critérios para a diversificação das carteiras de investimento, como forma de evitar que as operadoras concentrem recursos em uma única carteira ou ainda, fiquem expostas a riscos elevados para obter altos retornos, o que pode comprometer a prestação dos serviços. Com o objetivo de analisar o comportamento das estratégias de financiamento das cooperativas médicas e medicinas de grupo frente aos marcos regulatórios do setor da saúde suplementar no Brasil, constatou-se que para o 1º período regulatório, com a obrigatoriedade dos Ativos Garantidores, houve um aumento dos índices de Endividamento das Cooperativas médicas o que não ocorreu com as Medicinas de grupo. Nesse momento, as Cooperativas, tiveram que recorrer a Capital de Terceiros e por isso muitas delas ameaçaram falir, conforme mencionado por Bahia e Viana (2002).

A instituição do Fundo Garantidor evidenciou a preocupação da ANS com a eficiência na aplicação dos recursos sem perder a garantia, mas os resultados da pesquisa revelaram que no 2º período regulatório identificado, os índices de Liquidez das Medicinas

diminuíram, contrariando o objetivo da proposta do programa. Diferentemente ocorreu com as Cooperativas que os índices de Liquidez aumentaram e o de Endividamento diminuiu. Uma resposta para essa ocorrência pode ter sido o fato de que a constituição do Fundo Garantidor é opcional e por isso apenas as Cooperativas aproveitaram melhor essa alternativa.

As Cooperativas também apresentaram um aumento significativo no índice de Imobilização, indicando que optaram pela verticalização e investimento em redes próprias, o que não ocorreu com as Medicinas. Contudo, desconsiderando os efeitos econômicos, as Medicinas de grupo tiveram uma rentabilidade do ativo um pouco maior que as Cooperativas.

Conclui-se que as operadoras para se manterem no mercado terão que atender as regras, adaptando-se e melhorando a qualidade da sua gestão. Espera-se que os resultados desse levantamento colaborem para que se entenda a regulação não apenas no estrito cumprimento das normas. Nota-se que ao longo do período, com as promulgações emitidas pela ANS relacionadas aos aspectos econômico-financeiros exigiu-se das operadoras uma gestão de custos mais eficiente, o que se observa com a instituição das Provisões e das Garantias Financeiras. Exigiu-se ainda melhores controles, até mesmo para atender aos envios periódicos de informações financeiras e, dessa forma, ao seu processo de gestão de risco e aperfeiçoamento da atividade. Algumas consequências esperadas são a prestação mais eficiente dos serviços e a eficácia na obtenção de resultados, que em última instância colaboram para que seja prestado um serviço de qualidade, atendendo as necessidades da sociedade.

Os resultados obtidos indicam que a regulação do setor de saúde suplementar privada é uma demanda da sociedade pela assistência do Estado para promover a garantia dos seus direitos, sem depender da boa vontade dos agentes de mercado.

Sugere-se como pesquisa futura, analisar a satisfação dos usuários dos planos de saúde das Cooperativas Médicas e Medicinas de Grupo e a sua percepção em relação a qualidade do atendimento e dos serviços prestados, bem como a relação custo x benefício de se manter conveniado a um plano de saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil) (ANS). [2011]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

_____. **Histórico da regulação**. [2010]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/_destaque/artigo_complementar_11375.asp>. Acesso em 15 nov. 2011.

_____. **Perfil do setor: dados gerais**. [2013]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em 14 dez. 2013

_____. **Informações em saúde suplementar**. [200?]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/notas_operadora.htm>. Acesso em 28 ago. 2012.

_____. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro, mar. 2011b.

_____. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro, set. 2012a.

_____. **Anuário estatístico da saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, ano 7, jun. 2012b.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 191**, de 8 de maio de 2009a. Institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS) pelas Operadoras de Planos de Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1425>. Acesso em: 15 nov. 2011.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 209**, de 22 de dezembro de 2009b. Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1571>. Acesso em: 15 nov. 2011.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 207**, de 22 de dezembro de 2009c. Dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1566>. Acesso em: 15 nov. 2011.

_____. **Resolução Normativa - RN nº 173**, de 10 de julho de 2008. Dispõe sobre a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1307>. Acesso em: 15 nov. 2011.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 67**, de 4 de fevereiro de 2004. Dispõe sobre a diversificação dos ativos das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde para

aceitação como garantidores e dá outras providências. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=754>. Acesso em: 15 nov. 2011.

_____. **Resolução - RE nº 1**, de 13 de fevereiro de 2001. Institui o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde DIOPS/ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=546>. Acesso em: 15 nov. 2011.

_____. **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 22**, de 30 de maio de 2000. Cria instrumento para acompanhamento econômico-financeiro das Operadoras. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=398>. Acesso em: 15 nov. 2011.

_____. **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39**, de 27 de outubro de 2000b. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei_pdf.php?id=380>. Acesso em: 28 ago. 2012.

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

ALMEIDA, R. G. **O capital baseado em risco**: uma abordagem para operadoras de plano de saúde. 2008. 114f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2008.

_____; SANT'ANNA, A. P. Composição Probabilística na Avaliação do Risco de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 1-34, abr./set. 2010.

ALVES, S. L. Eficiência das operadoras de planos de saúde. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 87-112, out. 2008/mar. 2009.

ANDRÉA, J. L. B. Prefácio. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil) (ANS). **Regulação e saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 4-6.

ARAÚJO, A. M. **A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil**. 2004. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, Rio de Janeiro, 2004.

ASSAF NETO, A. **Estrutura e análise de balanços**: um enfoque econômico-financeiro: comércio e serviços, indústrias, bancos comerciais e múltiplos. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

_____. **Estrutura e análise de balanços**: um enfoque econômico-financeiro: comércio e serviços, indústrias, bancos comerciais e múltiplos. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

BAHIA, L.; VIANA, A. L. Introdução. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil) (ANS). **Regulação e saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 7- 17.

BERK, J.; DEMARZO, P. **Finanças empresariais**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

BONACIM, C. A.; ARAUJO, A. M. P. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1055-1068, 2011.

BORGES, C. L. P. ; TAVARES, N.V. Relações Interorganizacionais: um estudo de caso de um sistema cooperativo de médicos. In: SEMEAD - SEMENÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO FEA/USP, 12., 2009, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: PPGA- FEA-USP, 2009. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/756.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 12 abr. 2011.

_____. **Lei 9.656**, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 15 set. 2011.

_____. **Lei 9.961**, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em: 15 set. 2011.

_____. **Lei 5.764**, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5764.htm>. Acesso em 15 de set. 2011.

CAMPOS, A. M.; SANTIAGO JR., D. Em busca de um sistema de controle e avaliação da agência nacional de saúde complementar. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil) (ANS). **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 144-155.

CAMPOS, H. A. Falhas de mercado e falhas de governo: uma revisão da literatura sobre regulação econômica. **Prismas: Dir., Pol. Publ. e Mundial**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 341-370, jul./dez. 2008.

CARDOSO, R. L. **Regulação econômica e escolhas de práticas contábeis: evidências no mercado de saúde suplementar brasileiro**. 2005. 163 f. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. O. A Regulamentação do Setor de Saúde Suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 9, p. 2167-2177, set. 2007.

CHUA, W. F.; PRESTON, A. Worrying about accounting in health care. **Accounting, Auditing & Accountability Journal**, Bradford, v. 7, n. 3, p. 4-17, 1994.

COSTA, L. S. O. Cooperativismo: uma reflexão teórica. **Ciências Sociais em Perspectivas**, Paraná, v. 6, n. 11, p. 55-64, 2007.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**. [online] Curitiba, n. 18, p. 49-71, jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n18/10702.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2012.

COSTA, N. R. et al. As agências de regulação independentes. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil) (ANS). **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 133-143.

FALCINI, P. **Avaliação econômica de empresas: técnica e prática**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

FIANI, R. Afinal, a quais interesses serve a regulação? **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 81-105, jul./dez. 2004.

GASPARETTO, V. O papel da contabilidade no provimento de informações para a avaliação do desempenho empresarial. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, Santa Catarina, v. 1, n. 2, p. 11-40, jul./dez. 2004.

GIOVANELLA, L.; RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. Defesa dos consumidores e regulação dos planos de saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil) (ANS). **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 156-194.

GUIMARÃES, A. L. S.; ALVES, W. O. Prevendo a insolvência de operadoras de planos de saúde. **Revista de Administração de Empresa – RAE**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 459-471, 2009.

_____; NOSSA, V. Capital de giro, lucratividade, liquidez e solvência em operadoras de planos de saúde. **Brazilian Business Review – BBR**, Espírito Santo, v. 7, n. 2, p. 40-63, maio/ago. 2010.

GUJARATI, D. **Econometria básica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HANTKE-DOMAS, M. The public interest theory of regulation: non-existence or misinterpretation? **European Journal of Law and Economics**, Dordrecht, v. 15, n. 2, p. 165-194, Mar. 2003.

INTERNATIONAL CO-OPERATIVE ALLIANCE (ICA). **State on the co-operative identity: definition**. 2007. Disponível em: <<http://www.ica.coop/coop/principles.html#definition>>. Acesso em: 16 abr. 2011.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **Avaliação de planos de saúde**. São Paulo, mar. 2011.

JONES, M. J.; MELLETT, H. J. Determinants of changes in accounting practices: accounting and the UK Health Service. **Critical perspectives on accounting**, London, v. 18, n. 1, p. 91-121, 2007.

KOFMAN, M.; POLLITZ, K. Health insurance regulation by States and the Federal Government: a review of current approaches and proposals for change. **Journal of Insurance Regulation**, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 77, Summer 2006.

KORNIS, G.; CAETANO, E. R. Dimensão e estrutura econômica da assistência médica suplementar no Brasil. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil) (ANS). **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 35-65.

LARSON, R.; FARBER, B. **Estatística aplicada**. 4. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.

LEAL, R. M.; MATOS, J. B. M. Planos de Saúde: uma Análise dos Custos Assistenciais e seus Componentes. **Revista de Administração de Empresas – RAE**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 447-457, out./dez. 2009.

LEMOS, L. C. A judicialização da saúde: o posicionamento do Poder Judiciário ante a relação contratual entre as operadoras e os beneficiários dos planos de saúde anteriores à Lei nº 9.656/98. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 58, ano 11, out. 2008.

LEVIN, J.; FOX, J. A. **Estatística para ciências humanas**. 9. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004.

LIMA, C. R. M. Assimetria de informações e regulação de mercado. In: _____. **Informação e regulação da assistência suplementar à saúde**. Rio de Janeiro: E-paper, 2005. p. 109.

_____. Informação, democracia e regulação de mercados. **UNirevista**, São Leopoldo, v. 1, n. 3, p. 1-13, jul. 2006.

_____; LIMA C. R. M. A avaliação do custo-eficácia das intervenções em organizações de saúde. **Revista de Administração de Empresas – RAE**, São Paulo, n. 2, v. 38, p. 62-73, abr./jun. 1998.

LOBO, G. S. et al. Controladoria nas operadoras de planos de assistência à saúde do sistema Unimed. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 15., 2008, Curitiba. **Anais eletrônicos...** Curitiba: ABC, 2008. Disponível em: <http://www.abcustos.org.br/texto/viewpublic?ID_TEXTO=2610>. Acesso em: 19 nov.2011.

MACEDO, M. A. S.; CAVALCANTE, G. T. Desempenho contábil financeiro de seguradoras no Brasil: um estudo apoiado em análise envoltória de dados (DEA) para o ano de 2007. **Revista Universo Contábil**, Blumenau, v. 7, n. 2, p. 65-84, abr./jun. 2011.

_____; CORRAR, L. J. Análise do desempenho contábil-financeiro de seguradoras no Brasil no ano de 2007: um estudo apoiado em análise hierárquica (AHP). **Revista Contabilidade Vista & Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 135-165, jul./set. 2010.

MARTINS, G. A. **Estatística geral e aplicada**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINS, E. Análise crítica de balanços: parte I. **Boletim IOB**. Temática Contábil e Balanços, São Paulo, Bol. 26/2005a.

_____. Análise crítica de balanços: problemas na análise da estrutura dos balanços no Brasil. **Boletim IOB**. Temática Contábil e Balanços. Manual de Procedimentos, São Paulo, Bol. 49/2005b.

_____; DINIZ, J. A.; MIRANDA, G. J. **Análise avançada das demonstrações contábeis: uma abordagem crítica**. São Paulo: Atlas, 2012.

MATARAZZO, D. C. **Análise financeira de balanços: abordagem básica e gerencial**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

_____. **Análise financeira de balanços: abordagem gerencial**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MEDICI, A. C. Saúde: modelos de gestão descentralizada: alternativas para o Brasil. In: VELLOSO, J. P. R.; ALBUQUERQUE, R. C.; KNOOP, J. (Coord.). **Políticas sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade**. Rio de Janeiro: Inae/Ildes, 1995. p. 91-148.

MESQUITA, M. A. F. A Regulação da assistência suplementar à saúde: legislação e contexto institucional. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil) (ANS). **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 66-132.

MONTONE, J. Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar. In: CASTRO, A. J. W.; MONTONE, J. (Org.). **Regulação e saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2003. Cap. 1, p. 9-48.

MORETTIN, P. A.; BUSSAB, W. O. **Estatística básica**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? **Revista Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157-185, jan./abr. 2006.

PELTZMAN, S. Toward a more general theory of regulation. **Journal of Law and Economics**, Chicago, v. 19, n. 2, p. 211-240, Aug. 1976.

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: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

POSNER, R. A. Theories of economic regulation. **The Bell Journal of Economics and Management Science**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 335-358, 1974.

RIBEIRO FILHO, J. F. et al. Apropriação de conhecimentos contábeis decorrentes do exercício profissional da medicina: um estudo comparativo com médicos de hospitais público, privado e cooperativa. **Revista Universo Contábil** [Online], Blumenau, SC, v. 1, n. 1, p. 8-23, jan./abr. 2005. Disponível em: <<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/universocontabil/article/view/76/37>>. Acesso em: 22 jan. 2012.

ROQUE, F. **Estudo sobre a regulamentação contábil e a evidenciação das demonstrações contábeis de operadoras privadas de planos de saúde após a Lei 9656/98**. 2004. 132 f.

Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade)- Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado - FECAP, São Paulo, 2004.

ROSS, S. A.; WESTERFIELD, R.; JORDAN, B. D. **Princípios de administração financeira**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____; _____. JAFFE, J. F. **Administração financeira: corporate finance**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SALLES, O. R. **Adaptação das operadoras de planos de saúde de pequeno porte ao plano de contas padrão da ANS**. 2004. 128 f. Dissertação (Mestre em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SALGADO, L. H. **Agências regulatórias na experiência brasileira: um Panorama do atual desenho institucional**. Rio de Janeiro: IPEA, 2003. (Texto para discussão, n. 941).

SALVALAIO, S.; SOUZA, M. A. Custo na Rede Própria de Operadora gaúcha de planos de saúde. **Revista de Contabilidade e Organizações - RCO**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 5, p. 142-169, jan./abr. 2009.

SANTACRUZ, R. Fundamentos (econômicos) da regulação pública dos mercados. **Arché: interdisciplinar**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 29, p. 81-101, 2001.

SANTOS, F. P. **A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar**. 2006. 226 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP, Campinas, 2006.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. M. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, educação**, Botucatu, SP. v. 10, n. 19, p25 - 41, jan./jun. 2006.

_____; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 13, n. 5, p. 1463-1475, set./out. 2008.

SARLO NETO, A.; BASSI, B. R.; ALMEIDA, A. A. Um estudo sobre a informatividade dos lucros contábeis na América Latina. **RCO**, Ribeirão Preto, SP, v. 5, n. 12, p. 6-25, maio/ago. 2011.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. **Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde no Brasil**. fev. 2010. Disponível em: <<http://www.participacaomedica.com.br/downloads/PlanosdeSaude-Doacoesp-Eleicoes.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2011.

SEIBEL, I. Um histórico da questão da qualidade no Sistema Unimed. In: SEIBEL, I. (Org.). **Formação cooperativista**. Porto Alegre: WS Editor, 2003. cap. 1, p. 17-26.

SILVA, A. F. ; VIEIRA, A. M. C. ; NAVARRO, A. C. ; PARISI, C. . Decisions about investment and profitability: an empirical study with generalized linear mixed models in non-financial Brazilian companies. In: EUROPEAN FINANCIAL MANAGEMENT

ASSOCIATION (EFMA) ANNUAL CONFERENCE, 2013, Reading, UK. **Anais...** [S.l.]: EFMA Annual Conference, 2013.

SILVA JR., A. G. et al. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integridade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1489-1500, 2008.

SILVA, J. P. **Análise financeira das empresas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

STIGLER, G. J. The Theory of Economic Regulation. **The Bell Journal of Economics and Management Science**. v. 2, n. 1, p. 3-21, 1971.

_____; FRIEDLAND, C. What can regulators regulate? The case of electricity. **Journal of Law and Economics**, Chicago, v. 5, p. 1-16, Oct. 1962.

VISCUSI, W. K.; VERNON, J. M.; HARRINGTON JR., J. E. **Economics of regulation and antitrust**. 2nd ed. Massachusetts: Institute of Technology, 1995.

VELOSO, G. G.; MALIK, A. M. Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. **RAE-eletrônica**, São Paulo, v. 9, n. 1, art. 2, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S1676-56482010000100003.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2011.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

WIENHAGE, P.; BEZERRA, F. A. O impacto da resolução normativa 167 sobre as operadoras de planos de saúde. In: CONGRESSO USP DE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE, 10., 2010, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: FEA/USP, 2010. Disponível em: <<http://www.congressousp.fipecafi.org/artigos102010/70.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2011.

ANEXO A

São Paulo, 13 de março de 2013.

À Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Assunto: Material para Pesquisa

Prezada Sra. Carla Godoy

Em atendimento ao solicitado, remetemos a síntese do projeto de pesquisa de dissertação de mestrado da Sra. Isabel Cristina Barbosa Pinheiro, do Centro Universitário Fecap, para o qual solicitamos a base de dados “Anuário – xxxx – aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde”, no período de 2001 a 2012.

Em complemento remetemos parecer favorável do Comitê de Ética do Centro Universitário Fecap, para realização da pesquisa.

No aguardo e ao dispor para outros esclarecimentos, agradecemos a atenção dispensada.

Prof. Dr. Ivam Ricardo Peleias – Orientador

Isabel Cristina Barbosa Pinheiro – Mestranda

São Paulo, 06 de março de 2013

Para: **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**


Assunto: **Parecer – Comissão de Ética**

Prezados Senhores,

A Comissão de Ética do Centro Universitário FECAP, após apreciação do material apresentado, resolve emitir parecer **FAVORÁVEL** à realização da pesquisa "Efeitos da Regulação Econômico-Financeira nas Estratégias de Financiamento das Operadoras de Plano de Saúde: Cooperativas Médicas versus Medicinas de Grupo", de Isabel Cristina Barbosa Pinheiro, com orientação do Prof. Dr. Ivam Ricardo Peleias.

No entender dessa Comissão, os proponentes demonstram conhecer as Resoluções Éticas Brasileiras, não implicando em nenhuma violação às normas éticas necessárias para a condução do referido projeto de pesquisa.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Ary Rocco
Presidente Comissão de Ética
(11) 3272-2212



SOLICITAÇÃO DE BASES NACIONAIS QUE CONTENHAM DADOS CONFIDENCIAIS

Solicitante

Nome: Ivam Ricardo Peleias
 Instituição: Centro Universitário Fecap
 Endereço: Av. da Liberdade, 532
 Cargo: Professor Pesquisador do Mestrado Acadêmico em Ciências Contábeis
 Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1583907056732686>.
 Matrícula: 001735 Identidade: 13.206.155-9 CPF: 014.022.208-12
 Telefone: 11 3272-2338 / 11 99909-6949 Email: ivamrp@fecap.br

Documento oficial de solicitação (se aplicável)

Bases de Dados

Solicita a cessão das seguintes bases de dados:

	Sistema	Abrangência Geográfica	Período	Critérios de seleção de registros
a)	Base de dados com informações usadas para elaborar a publicação "Anuário - xxxx - aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde", no período de 2001 a 2012.	nacional	De 2001 a 2012	Cooperativas médicas e medicina de grupo
b)				
c)				

Periodicidade do fornecimento

em princípio uma vez.

Finalidades

Os dados solicitados serão usados para identificar e analisar os efeitos da regulação econômico-financeira nas estratégias de financiamento das operadoras de plano de saúde: comparando cooperativas médicas *versus* medicina de grupo

Descrição metodológica da técnica a ser utilizada: os dados serão tratados com as técnicas de estatística descritiva e análise de clusters.

h

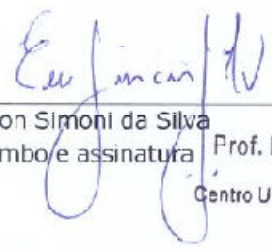
As pessoas que utilizarão a(s) base(s) de dados objeto deste termo, dentro das finalidades já descritas são:

Nome	Instituição	Cargo	Documento
Ivam Ricardo Peleias	Centro Universitário Fecap	Professor e Pesquisador Contábil	13.206.156-9
Isabel Cristina Barbosa Pinheiro	Centro Universitário Fecap	Estudante do Curso de Mestrado em Ciências Contábeis	42.228.487-7

Declaramos estar cientes dos critérios de cessão e das responsabilidades previstas no documento "Termo de compromisso da cessão de base de dados confidencial custodiada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS", que deverá ser assinado entre a instituição solicitante e o CONCEDENTE caso a solicitação seja atendida.

São Paulo, 29 de janeiro de 2013.


Ivam Ricardo Peleias


Edison Simoni da Silva
Carimbo e assinatura Prof. Edison Simoni
Reitor
Centro Universitário FECAP

Parecer do comitê de ética

O referido projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro Universitário Fecap, conforme parecer anexo favorável, de 06 de março de 2013, atendendo, portanto às normativas existentes de garantia dos aspectos éticos em pesquisa com seres humanos.

Parecer do gestor competente

Sistema (s):
Nome:
Matrícula:
Setor:
Cargo:
Data:
Parecer:

Gestor

Parecer do gestor competente

Sistema (s):
Nome:
Matrícula:
Setor:
Cargo:
Data:
Parecer:

Gestor

Parecer do gestor competente

<p>Sistema (s): Nome: Matrícula: Setor: Cargo: Data: Parecer:</p>	<p style="text-align: right;">3</p> <hr/> <p style="text-align: right;">Gestor</p>
---	--





**TERMO DE COMPROMISSO DIANTE DA CESSÃO DE BASES DE DADOS
CONFIDENCIAIS**

Termo de Compromisso firmado entre a AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, neste ato representado por _____, _____ lotado _____, doravante denominado (a) simplesmente CONCEDENTE, e por *Centro Universitário Fecap*, localizado na Av. da Liberdade, 532, neste ato representado por *Ivam Ricardo Peleias, professor pesquisador contábil*, RG: 13.206.156-9, CPF: 014.022.208-12, doravante denominado simplesmente COMPROMITENTE, tendo por objeto a cessão de bases de dados confidenciais, solicitadas no(s) documento(s) _____.

Cláusula I

Do Objeto

As bases de dados que estão sendo cedidas são:

	Sistema	Abrangência Geográfica	Período	Crterios de seleção de registros
a)	Base de dados com informações usadas para elaborar a publicação "Anuário - xxxx - aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde", no período de 2001 a 2012.	nacional	De 2001 a 2012	Cooperativas e medicinas de grupo
b)				
c)				

As bases de dados que NÃO puderam ser cedidas são:

	Sistema	Abrangência Geográfica	Período	Critérios de seleção de registros	de de	Justificativa
a)						
b)						
c)						

Cláusula II

Das Finalidades

O COMPROMITENTE declara que as finalidades para as quais se destinam esta(s) base(s) de dados são única e exclusivamente as descritas abaixo.

Os dados solicitados serão usados academicamente para identificar e analisar os efeitos da regulação econômico-financeira nas estratégias de financiamento das operadoras de plano de saúde: comparando cooperativas médicas *versus* medicina de grupo

Parágrafo primeiro:

O referido projeto de pesquisa foi aprovado pelo *Comitê de Ética em Pesquisa* do *Centro Universitário Fecap*, conforme parecer anexo *favorável*, de *06 de março de 2013*, atendendo, portanto às normativas existentes de garantia dos aspectos éticos em pesquisa com seres humanos.

Cláusula III

Da Forma de Cessão

A cessão da(s) base(s) de dados objeto deste termo será feito por meio de _____

As pessoas que utilizarão a(s) base(s) de dados objeto deste termo, dentro das finalidades já descritas são:

Nome	Instituição	Cargo	Documento
Ivam Ricardo Peleias	Centro Universitário Fecap	Professor e Pesquisador Contábil	13.206.156-9
Isabel Cristina Barbosa Pinheiro	Centro Universitário Fecap	Estudante do Curso de Mestrado em Ciências Contábeis	42.228.487-7

Cláusula IV

Das Responsabilidades

De posse da(s) bases(s) de dados cedidas, o COMPROMITENTE assume as seguintes responsabilidades:

§1º. Guardar sigilo e zelar pela privacidade dos indivíduos relacionados/listados nesta(s) base(s) de dados.

§2º. Guardar sigilo sobre eventuais senhas fornecidas para acesso a esta(s) base(s) de dados.

§3º. Não repassar, comercializar ou transferir a terceiros as informações individualizadas, objeto deste termo, de qualquer forma que viole seu sigilo.

§4º. Não disponibilizar, emprestar ou permitir acesso de pessoas ou instituições não autorizadas a esta(s) base(s) de dados.

§5º. Quando da guarda do dispositivo de mídia eletrônica, esta deve ser realizada em local que não permita o acesso, físico ou lógico de pessoas não autorizadas.

§6º. Não divulgar, por qualquer meio, inclusive nos relatórios de conclusão da pesquisa, dados ou informações contendo os nomes ou quaisquer outras variáveis que permitam a identificação de indivíduos ou que afetem a sua confidencialidade.

§7º. Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade da(s) base(s) de dados originalmente cedida;

§8º. Utilizar as informações contidas nestas bases de dados exclusivamente para as finalidades descritas na solicitação e aprovadas.

§9º. Mencionar a CONCEDENTE como fonte, o período de referência dos dados e explicitar que as elaborações decorrentes são do próprio autor sempre que forem publicadas as informações objeto deste termo.

§10º. Encaminhar à CONCEDENTE, cópia do relatório final do estudo, quando se tratar de pesquisa acadêmica.

§11º. Quando do descarte do dispositivo de mídia eletrônica que contenha a base de dados cedida, fazê-lo de forma a não permitir a recuperação total ou parcial das informações.

§12º. Em caso de quebra de segurança da informação por meio de recursos de tecnologia da informação ou de outra forma, comunicar imediatamente à ANS.

Parágrafo Primeiro: o COMPROMITENTE assume a plena responsabilidade técnica pelas análises que vier a fazer dos dados produzidos pelo estudo e pela sua divulgação.

Parágrafo Segundo: o COMPROMITENTE declara estar consciente de que o descumprimento de qualquer cláusula do presente TERMO DE COMPROMISSO resultará na perda de acesso a qualquer base de dados confidenciais do CONCEDENTE no futuro e da comunicação, por parte do CONCEDENTE, do descumprimento cometido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e a comunicação às autoridades jurídicas para as providências cabíveis.

Parágrafo Terceiro: o COMPROMITENTE declara estar ciente e de acordo com todas as condições constantes neste TERMO DE COMPROMISSO e de sua responsabilidade legal, assumindo inteira responsabilidade pelas consequências legais da utilização indevida desta(s) base(s) de dados, por si ou por terceiros, da qual isenta inteiramente o CONCEDENTE.

Cláusula V

Do Foro

As partes elegem o foro da cidade _____ para dirimir qualquer controvérsia não resolvida administrativamente acerca do presente termo de compromisso.

E como prova de assim haver livremente declarado e concordado, firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias, de igual teor e forma, para que produza os devidos efeitos legais.

São Paulo, 05 de fevereiro de 2013.



Ivam Ricardo Peleias

TERMO DE RESPONSABILIDADE E SIGILO

Pelo presente instrumento, na qualidade de Pesquisadores Responsáveis pelo projeto de pesquisa "Efeitos da Regulação Econômico-Financeira nas Estratégias de Financiamento das Operadoras de Plano de Saúde: cooperativas médicas *versus* medicinas de grupo", comprometemo-nos perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar ao seguinte:

- a) Tratar a informação como patrimônio da ANS;
- b) Não praticar qualquer ato que possa afetar a confidencialidade e integridade das informações a que terei acesso;
- c) Utilizar as informações disponibilizadas pela ANS, exclusivamente para o desempenho de atividades pertinentes ao projeto indicado;
- d) Guardar sigilo e zelar pela privacidade das informações que tiver acesso, sem divulgá-las para pessoas não autorizadas pela ANS;
- e) Acessar somente as informações disponibilizadas pela ANS;
- f) Estar ciente que tanto a pesquisa como os pesquisadores se submetem à regulamentação brasileira referente a pesquisas envolvendo seres humanos.

Desta forma, assumo inteira responsabilidade pelas conseqüências legais pela utilização indevida das informações disponibilizadas pela ANS, inclusive por danos materiais ou financeiros, devidamente comprovados, em virtude de não observância do acima exposto.

Informações solicitadas:

1- Base de dados com informações usadas para elaborar a publicação "Anuário - xxxx - aspectos econômico-financeiros das operadores de planos de saúde", no período de 2001 a 2012.
--

São Paulo, 05 de fevereiro de 2013.

Prof. Dr. Ivam Ricardo Peleias - Orientador da Pesquisa

Isabel Cristina Barbosa Pinheiro - Orientanda da Pesquisa