

## Planos de saúde: situação econômico-financeira e satisfação dos clientes

### *Health plans: economic and financial situation and customer satisfaction*

Lorena Rezende do Prado\*

Marcelo Driemeyer Wilbert\*\*

Débora Driemeyer Wilbert\*\*\*

**RESUMO** A saúde coletiva suplementar apresentou aproximadamente 70 milhões de beneficiários em 2016, conta com grande nível de reclamações e representa um grande desafio para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na busca por conciliar os interesses das empresas e dos usuários. Observa-se também que nos últimos anos a quantidade de empresas de saúde suplementar tem diminuído. Neste artigo, objetiva-se verificar a relação entre a satisfação dos beneficiários e a situação econômico-financeira das operadoras de planos de saúde (OPS) brasileiras. Por meio de estatística descritiva foram analisados os Indicadores de Satisfação do Beneficiário (IDSB) e alguns indicadores econômico-financeiros (Retorno sobre Patrimônio Líquido, Margem Bruta, Liquidez Corrente e Participação de Capital de Terceiros) para o ano de 2014. Avaliou-se a eficiência das OPS em gerar satisfação dos beneficiários, dada uma situação econômico-financeira, por meio da técnica Análise Envoltória de Dados. A análise de eficiência constatou que 65,5% operadoras de planos de saúde podem ser consideradas eficientes na geração de satisfação em seus beneficiários, dada a situação econômico-financeira da empresa. As modalidades que OPS que apresentam maior eficiência, são as do segmento exclusivamente odontológico.

**Palavras-chave:** Saúde Suplementar; Satisfação do Beneficiário; Indicadores Econômico-Financeiros; Eficiência.

#### **Abstract**

*In 2016, collective health supplementary area presented approximately 70 million beneficiaries. On the other side, this area has one of the highest level of complaints and represents a great challenge for the National Agency of Supplementary Health (ANS) to reconcile companies' and user's interests. In the recent years the number of supplementary health care companies has decreased. The objective of this article is to verify the relationship between the satisfaction of the beneficiaries and the economic-financial situation of the Brazilian health plan operators (OPS). By means of descriptive statistics, the Beneficiary Satisfaction Indicators (IDSB) and some economic-financial indicators (Return on Equity, Gross Margin, Current Liquidity and Equity of Third Parties) were analyzed for 2014. The efficiency of the OPS in generating satisfaction of the beneficiaries, given an economic-financial situation, through the technique Data Envelopment Analysis (DEA). The efficiency analysis found that 65.5% of health plan operators can be considered efficient in generating satisfaction in their beneficiaries, given the companies' economic and financial situation. The modalities that PSOs that present greater efficiency, are those of the exclusively dental segment.*

**Keywords:** *Supplementary Health; Satisfaction of the Beneficiary; Economic and Financial Indicators; Efficiency.*

---

\* Graduada em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília (UnB).  
e-mail: [lorenarezende1711@hotmail.com](mailto:lorenarezende1711@hotmail.com)

\*\* Doutor em Economia pela UnB – e-mail: [marcelodw@unb.br](mailto:marcelodw@unb.br)

\*\*\* Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).  
e-mail: [deborawilbert@yahoo.com.br](mailto:deborawilbert@yahoo.com.br)

## 1. Introdução

A saúde pública é exercida no Brasil fundamentalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e deveria garantir a saúde nos termos de igualdade, segundo a Constituição Federal de 1998 (BRASIL, 1988). Entretanto, as deficiências da saúde pública serviram como grande atrativo para os planos de saúde privados ampliarem sua atuação no mercado brasileiro (PIETROBON, PRADO e CAETANO, 2008).

O setor de saúde suplementar existe há mais de 70 anos e a expansão dele nas últimas décadas foi significativa (CARVALHO e CECILIO, 2007; MALTA *et al.*, 2004). Em 1996 operavam no setor 1.660 empresas, com aproximadamente 40 milhões de beneficiários (CARVALHO e CECILIO, 2007). Por outro lado, na década de 1990, entre os cinco primeiros colocados em reclamação nas Fundações de Defesa e Proteção do Consumidor (PROCON) estavam as queixas sobre planos e seguros de saúde (CARVALHO e CELICIO, 2007).

Dados os conflitos no setor e o alto número de beneficiários, colocou-se na agenda governamental a necessidade do estabelecimento de um ordenamento jurídico legal para o setor, que incorporasse a regulamentação desse mercado privado e a definição das suas responsabilidades (MALTA *et al.*, 2004). Essa regulamentação iniciou-se em 1998, mediante a Lei 9.656/98 e aprofundou-se com a Lei 9.661/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (MALTA *et al.*, 2004).

Buscando melhorar os inúmeros conflitos existentes entre médico/usuário/operadora, foi criado, em 2006, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS) (BRASIL, 2006a, 2010), que quantifica a qualidade de uma operadora de plano de saúde.

Dada a importância da saúde suplementar, que em março de 2016 tinha mais de 70 milhões de beneficiários cadastrados (BRASIL, 2016c) e o aumento significativo da concorrência entre as operadoras, a qualidade na prestação dos serviços, na opinião do beneficiário, é fator relevante para a continuidade da empresa (SOARES, 2006). Surge o questionamento que as OPS com melhor situação econômico-financeira são aquelas também que possuem beneficiários mais satisfeitos. Assim, como objetivo geral deste trabalho, pretende-se analisar se há uma relação entre a satisfação dos beneficiários das operadoras de planos de saúde brasileiras e a situação econômico-financeira delas.

Deste modo, esta pesquisa se justifica por ajudar a revelar se uma situação econômico-financeira melhor, dentro do setor de Saúde Suplementar brasileiro, leva a uma melhor prestação de serviços, e conseqüentemente, a maior satisfação do beneficiário.

## **2. Referencial teórico**

### **2.1. Caracterização e histórico do setor de saúde suplementar**

O direito universal à saúde foi inserido na Constituição Federal de 1988, sendo realizado através do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi garantido à iniciativa privada a participação para complementar e suplementar a assistência à saúde, por meio dos planos de saúde e dos serviços de particulares autônomos (BRASIL, 1988).

A saúde complementar é o conjunto de serviços e ações de saúde realizados pela iniciativa privada, de preferência filantrópicas e sem fins lucrativos (BRASIL, 1988). Em virtude de uma relação jurídica específica, as ações e serviços são considerados públicos. O sistema privado, nesse caso, complementa a cobertura de determinados serviços quando a limitações no sistema de saúde público (SALVATORI e VENTURA, 2012).

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

A saúde suplementar começou a crescer e se estruturar no Brasil a partir da década de 40 (PIETROBON, PRADO e CAETADO, 2008). Isso se deu com o surgimento dos Institutos de Aposentadoras e Pensões (IAPs) que, entre outras funções, compravam as prestações de serviços de saúde a trabalhadores urbanos – posteriormente unificadas no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – e das Caixas de Assistência, que ressarciam funcionários de empresas pela utilização do sistema de saúde que não o da previdência social (PIETROBON, PRADO e CAETADO, 2008). Considera-se o plano de saúde mais antigo em vigor a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), criado em 1944 (BRASIL, 2016a).

Na década de 1990, em função da baixa qualidade dos serviços de saúde pública, houve um aumento significativo de adesões aos planos de saúde privados (MALTA *et al.*,

2004). Essa expansão foi acompanhada do aumento de divergências entre usuários e operadoras (SATO, 2007). As queixas referentes a planos e seguros de saúde estavam em quinto lugar na classificação da Fundação de Defesa e Proteção do Consumidor (PROCON), retratando a necessidade da criação de uma regulamentação específica, considerando que as seguradoras e os planos de saúde eram regulados pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e pelo Código de Defesa do Consumidor (CARVALHO e CECÍLIO, 2007).

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

As Operadoras de Planos de Saúde são definidas em lei, como a pessoa jurídica que realiza serviços ou cobertura de custos, de caráter continuado, com valores pré ou pós combinados, tendo como finalidade garantir a assistência à saúde (BRASIL, 1998). Elas são subordinadas a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – que por sua vez é subordinada ao Ministério da Saúde.

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

Para supervisionar e acompanhar as ações da ANS foi criado o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), incluído em 2001 na Lei 9.565-98 (BRASIL, 1998). Além de supervisionar a ANS, o conselho tem competência para, entre outras: fixar diretrizes gerais, estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor e acompanhar funcionamento da ANS (BRASIL, 1998).

Segundo Malta *et al.* (2004), o processo de regulação existente na saúde suplementar pode ser dividido em dois campos, o da macrorregulação e o da autorregulação (MALTA *et al.*, 2004). O primeiro é constituído, pela legislação e regulamentação (Legislativo, Executivo/ANS, CONSU), as leis 9.656/98 e 9.961/2000, as resoluções normativas e operacionais, instruções, dentre outras. A autorregulação são as formas de regulação que se estabelecem entre operadoras, prestadores e beneficiários, através de contratos e parcerias (BRASIL, 2005).

Considerando o peso que o gasto com cuidado à saúde tem no orçamento familiar brasileiro, o estado se preocupa com a regulação da saúde suplementar e visa ao desenvolvimento de sistemas de acompanhamento (BRASIL, 2002).

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

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

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

**Quadro 1 – Modalidades das Operadoras de Planos de Saúde**

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

**Fonte:** elaboração própria.

## 2.2. Qualidade na saúde suplementar

Por meio da Resolução Normativa (RN) da ANS Nº 139 de 2006, instituiu-se o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS) cujo interesse principal é a produção de saúde, com a realização de promoção à saúde e prevenção de doenças com qualidade, integridade e resolutividade (BRASIL, 2006). A qualidade pode ser traduzida em

um conjunto de iniciativas que buscam a qualificação das relações contratuais e regulatórias e a satisfação dos beneficiários (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2008). Através de indicadores divulgados, o programa oferece ao consumidor maior transparência sobre o setor e parâmetros de qualidade para auxiliar na tomada de decisão de qual operadora contratar, além de estimular a concorrência (BRASIL, 2014).

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

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

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

Período	Atenção à Saúde (IDAS)	Econômico-financeira (IDEF)	Estrutura e Operação (IDEO)	Satisfação do Beneficiário (IDSB)
De 2006 a 2011	50%	30%	10%	10%
De 2012 a 2014	40%	20%	20%	20%

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

A dimensão Atenção à Saúde (IDAS) avalia aspectos de acesso e qualidade da atenção à saúde, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada aos beneficiários (BRASIL, 2015a). A dimensão Estrutura e Operação (IDEF) avalia as condições da oferta de rede de consultórios, hospitais, ambulatorios, laboratórios e centros de diagnósticos oferecidos pelas OPS. Avalia também o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS (BRASIL, 2015a). As variáveis e os pesos para acompanhamento das dimensões Atenção à Saúde e Estrutura e Operação podem ser observados em Brasil (2015f).

A dimensão Econômico-Financeira (IDEF) acompanha o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde sob o ponto de vista das condições de liquidez e solvência, para ter condições de manter um atendimento contínuo e de qualidade (BRASIL, 2015a). O cálculo do indicador é feito por meio de quatro indicadores: Patrimônio Líquido Ajustado por Margem de Solvência, Liquidez Corrente, Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados e Suficiência de Ativos Garantidores Vinculados (BRASIL, 2015b).

As operadoras da modalidade autogestão e com mantenedora, as cooperativas odontológicas e as odontologias em grupo com menos de 20.000 beneficiários no final no exercício anterior, não são avaliadas no Indicador de Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados (IPEONA) (BRASIL, 2015b).

Por fim, a dimensão Satisfação dos Beneficiários (IDSB) acompanha as reclamações recebidas pela ANS, o nível de permanência dos beneficiários e mede a gravidade das infrações à legislação cometidas por parte das operadoras de planos de saúde (BRASIL, 2015a). Dos 3 indicadores utilizados o de maior peso é o índice de reclamações, como mostra o Quadro 2 (BRASIL, 2015b).

**Quadro 2 – Indicadores do Índice da Dimensão Satisfação dos Beneficiários (IDSB)**

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

**Fonte:** elaboração própria com base em Brasil (2015b).

O índice de reclamações (IR), a partir de 2015, passou a ser formado com base nas queixas registradas por consumidores, pelo canal de atendimento da ANS e pelo modo como a operadora age diante dessa demanda (BRASIL, 2016d).

O indicador proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano, pertencente ao IDSB, visa estimular a operadora a conhecer os motivos de desligamento dos

beneficiários dos seus planos de saúde, de modo que possam intervir, visando à permanência destes na operadora (BRASIL, 2015b). O indicador Sansão Pecuniária em Primeira Instância, da mesma dimensão, é usado para medir a gravidade das infrações à legislação cometidas pelas OPS e a estimula a cumprirem da legislação da saúde suplementar (BRASIL, 2015b).

### **2.3. Indicadores econômico-financeiros**

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

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

De acordo com Matarazzo (2010, p. 84) os grupos de indicadores mais utilizados para avaliar empresas são os relacionados a Estrutura de Capital, Liquidez e Rentabilidade (MATARAZZO, 2010, p. 84). Sendo os dois primeiros indicadores da situação financeira e o último da situação econômica (MATARAZZO, 2010, p. 84).

Os indicadores de estrutura de capital revelam as linhas de decisões financeiras, em relação a obtenção e aplicação de recursos (MATARAZZO, 2010, p. 87). O Quadro 3 cita dois importantes indicadores desse tipo.

**Quadro 3 – Quadro-resumo dos Índices de Estrutura de Capital**

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

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

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

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

Já indicadores de liquidez “mostram a base da situação financeira da empresa” (MATARAZZO, 2010, p. 98). São os que, confrontando recursos de curto prazo com as dívidas, procuram medir a solidez financeira da entidade (MATARAZZO, 2010). Os principais indicadores de liquidez e suas interpretações são apresentados no Quadro 4.

**Quadro 4 – Quadro-resumo dos Índices de Liquidez**

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

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

**Em que:** AC: ativo circulante; RLP: ativo realizável a longo prazo; PC: passivo circulante; ELP: passivo exigível a longo prazo; AC<sub>líquidos</sub>: ativo circulante de alta liquidez (disponível, aplicações financeiras, títulos a receber, entre outros).

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

Os indicadores de rentabilidade analisam e interpretam os resultados obtidos pela empresa – lucros ou prejuízos – comparando-o com vários itens, dependendo do objetivo da análise (ASSAF NETO, 1987, p. 288). São indicadores que mostram a rentabilidade do capital investido e, portanto, o grau de êxito da empresa (MATARAZZO, 2010, p. 110).

Alguns indicadores de rentabilidade mais usados (SOARES, 2006) são apresentados no Quadro 5.

**Quadro 5 – Quadro-resumo dos Indicadores de Rentabilidade**

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

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

**Em que:** AC: RB: resultado líquido; AT: ativo total; V: vendas líquidas; RL: resultado líquido; PL: patrimônio líquido.

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

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

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

#### **2.4. Revisão de estudos aplicados**

Embora não tenham sido encontrados estudos científicos que tenham analisado especificamente a satisfação do beneficiário *versus* situação econômico-financeira no setor de

saúde suplementar, nesta subseção são tratados trabalhos que trouxeram discussões relacionadas ao modelo de saúde no país, ao papel da ANS, à qualidade do serviço de saúde e às práticas contábeis e financeiras.

Em relação ao modelo de estruturação da saúde no país, segundo Santos (2009) o setor de saúde no país possui um arranjo da relação público-privado chamado de complementar com cobertura duplicada. A cobertura duplicada significa que toda a população tem o direito de usar o sistema público de saúde, mas há a possibilidade de aquisição de seguro privado, duplicando a cobertura de serviços de saúde. A autora argumenta que esta duplicação de cobertura é prejudicial e privilegia a população de renda mais elevada e o mercado de bens e serviços de saúde.

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

Também nesse sentido, Portela *et al.* (2010) evidenciou que a maior parte dos hospitais prestadores de serviços para operadoras também presta serviços ao SUS, expressando a necessidade de se alcançar maior integração, articulação e complementação entre os prestadores hospitalares públicos estatais e privados no atendimento ao SUS. Evidenciou ainda forte concentração do faturamento de cada hospital em algumas poucas operadoras.

Neste contexto do modelo de saúde, Pietrobon, Prado e Caetano (2008) observam que a ANS tem apresentado um bom desempenho, verificada por meio dos indicadores de qualidade que visam à melhora constante. Contudo, os autores argumentam que necessidade da ANS ampliar sua atuação, como por exemplo, nas conturbadas relações entre OPS, prestadoras de serviço e beneficiários.

A qualidade dos serviços prestados pela saúde suplementar é um dos desafios da ANS. Escrivão Júnior e Kimura (2007) argumentam que em razão dos interesses das operadoras a avaliação é focada nos custos assistenciais. Para eles, o uso de indicadores clínicos, como o Índice de Desempenho de Atenção à Saúde (IDAS), no modelo de remuneração das operadoras levaria à melhora da qualidade da assistência prestada.

O trabalho de Meneses *et al.* (2011) lembra que há um direcionamento do usuário para tratamentos de menor custo. E ainda, Daros, Gomes e Lopes (2015) chamam atenção para estratégias de redução de custo, como por exemplo, a negação do acesso aos serviços e procedimentos e à interrupção de tratamentos.

Outro desafio para a ANS, trata-se da regulação e do efeito desta sobre o comportamento das operadoras em relação a práticas financeiras e contábeis. Cardoso (2005) observa que a ANS acompanha dez indicadores econômico-financeiros das operadoras, entre eles, índices de liquidez, fontes de recursos, índices de despesas e retorno sobre patrimônio líquido. Em seu estudo, Cardoso (2005) encontrou evidências empíricas de que as OPS escolhem práticas contábeis de modo a pelo menos atingir a situação econômico-financeira mínima exigida pela ANS. Segundo o autor, o resultado (não apurar prejuízo) e o patrimônio líquido (não apurar passivo a descoberto) são os mais vulneráveis a gerenciamento. Foi observado que o gerenciamento de práticas contábeis é simples e o nível não varia significativamente conforme o porte da empresa.

O trabalho de Nero (2014) constatou que houve mudanças nos resultados econômicos no setor de saúde suplementar conforme a trajetória da regulação. O autor chama atenção para o crescimento do indicador de receita de contraprestações efetivas *per capita*, com taxas próximas a da inflação, indicando uma relativa estabilidade em termos reais; a adoção de estratégias de diminuição do risco das carteiras pelas operadoras, por meio do crescimento mais intenso de segmentos regulados de forma menos intensa (planos odontológicos e também os planos médicos coletivos); crescimento das receitas financeiras, por meio do aumento do fluxo de provisões técnicas e dos fundos de recursos das operadoras; e por fim, um aumento da taxa de sinistralidade.

As ações judiciais buscando a garantia de direitos aos consumidores também é outro desafio da saúde suplementar. Alves, Bahia e Barroso (2009) analisaram as ações judiciais envolvendo a saúde suplementar e constataram que os temas mais recorrentes foram:

cobertura assistencial, permanência em planos coletivos, rescisão unilateral de contratos e reajuste de preços. Segundo os autores, apesar de não ter sido possível diferenciar os pedidos envolvendo contratos regidos ou não pela Lei nº. 9.656/98 (novos ou antigos, respectivamente), argumenta-se que o fato de a regulamentação não abranger os contratos antigos fez com que vários consumidores continuassem à mercê de cláusulas abusivas e baseadas em interesses econômicos.

### **3. Método**

Neste estudo, buscou-se avaliar a relação entre a qualidade e a situação econômico-financeira das operadoras do setor de saúde suplementar. Os dados são analisados inicialmente por meio de estatística descritiva, a fim de estabelecer um panorama do setor de saúde suplementar ao longo do tempo e no ano de 2014; e por uma análise de correlação entre os indicadores de qualidade e saúde econômico-financeira, de 2014. Por fim, é feita a avaliação da eficiência das operadoras de planos de saúde, através da metodologia de Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis – DEA*), para o ano de 2014.

Em relação à qualidade e à satisfação dos beneficiários, foi consultado o relatório dos Índices de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) 2015, ano-base 2014 (BRASIL, 2015a). Como apresentado na seção de referencial teórico, o IDSS compõe o Programa de Qualidade da Saúde Suplementar (PQSS) da ANS e composto por quatro componentes (atenção à saúde - IDAS, econômico-financeiro - IDEF, estrutura e operação - IDEO e satisfação dos beneficiários - IDSB).

Quantos aos dados econômico-financeiros foi consultado o Anuário - Aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde 2015, ano-base 2014 (BRASIL, 2015h), que além de fornecer os demonstrativos contábeis das OPS, fornece o número de beneficiários de cada uma.

Os indicadores econômico-financeiros permitem construir uma visão ampla sobre a situação da empresa, sendo a técnica de análise mais utilizada (MATARAZZO, 2010, p. 82). Os indicadores econômico-financeiros escolhidos foram: Participação do Capital de Terceiros – CT (de estrutura de capital), Liquidez Corrente – LC e Despesas Médicas - DM e Retorno sobre o Patrimônio Líquido - ROE (de rentabilidade).

Em seu estudo, Soares (2006) analisou dez indicadores mais usados pela literatura e observou que os indicadores participação de capital de terceiros, liquidez e retorno sobre patrimônio líquido estão entre os cinco indicadores com maior poder explicativo para avaliação de desempenho das OPS.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2014, havia 1.217 operadoras de planos de saúde em operação e com beneficiários cadastrados (ANS, 2016c). Para estatística descritiva, desse ano, utilizou-se uma população de 1.030 OPS, que tiveram o resultado dos indicadores de desempenho divulgados no endereço eletrônico da agência (BRASIL, 2015a).

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

### **3.1. Análise de eficiência**

O estudo da eficiência permite comparar unidades produtivas diferentes (concorrentes), estabelecendo uma classificação das mais eficientes, permitindo investigar padrões entre as eficientes e as menos eficientes. Nesse trabalho ela será feita através da Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis - DEA*), que tem como base matemática a programação linear (FERREIRA e GOMES, 2009).

Segundo Ferreira e Gomes (2009) essa análise tem como objetivo avaliar o desempenho de organizações e atividades, essencialmente feitas por meio de medidas de eficiência técnica (FERREIRA E GOMES, 2009). A definição de eficiência técnica é um conceito relativo que compara o que foi produzido (produtos ou *output*) dado uma quantidade  $x$  de insumos (*input*), com o que poderia ter sido produzido dada a mesma quantidade de insumos (MELLO *et al.*, 2005).

O DEA é uma técnica não paramétrica, de programação matemática e determinista, não fazendo suposição sobre a relação funcional entre os insumos e produtos, definindo valores relativos que podem ser produzidos com base na observação e comparação

de dados das organizações ou atividades do conjunto analisado (FERREIRA e GOMES, 2009).

Assim, para a análise de eficiência é necessário definir os insumos (*input*) e os resultados (*output*). Neste estudo, usou-se como insumos os indicadores econômico-financeiros: Participação de capital de terceiros, liquidez corrente e retorno sobre patrimônio líquido; e para resultado o índice de satisfação dos beneficiários.

Desse modo, ao confrontar a situação econômico-financeira com uma medida de satisfação dos beneficiários, está se avaliando a eficiência das operadoras de planos de saúde em gerarem satisfação aos seus clientes.

O modelo utilizado nesta pesquisa será o modelo de Retornos Variáveis de Escala (VRS), que também é conhecido como modelo BCC (*Banker, Charnes & Cooper*), que considera que o acréscimo em uma unidade de insumo pode gerar um acréscimo não proporcional no volume de produtos (MELLO *et al.*, 2005). A orientação da pesquisa será a produto (*output*) e a análise será feita pela abordagem de *Malmquist Adjacente*, com média multiplicativa e geométrica. A utilização de modelo de retornos variáveis é adequada quando estão sendo comparadas OPS de porte diferentes.

Das 1.030 operadoras de planos de saúde que compõem a amostra dessa pesquisa, foram analisadas 929. Foram excluídas na análise as operadoras da modalidade auto-gestão por RH, pois são dispensadas do envio dos quadros econômico-financeiros à ANS (BRASIL, 2015h). Também foram excluídas operadoras cujas informações não estavam disponíveis no anuário e as que apresentavam algum indicador econômico-financeiro de valor igual a zero.

## **4. Resultados**

### **4.1. A Evolução dos números do setor de saúde suplementar**

Entre dezembro de 1999 a março de 2016, o número de operadoras de planos de saúde passou de 1.821 para 1125 operadoras no período, representando uma redução de 38,2%. As médico-hospitalares tiveram uma redução maior que as exclusivamente odontológicas (BRASIL, 2016c). O maior número de OPS foi de 1.961, atingido em dezembro de 2001 (BRASIL, 2016c).

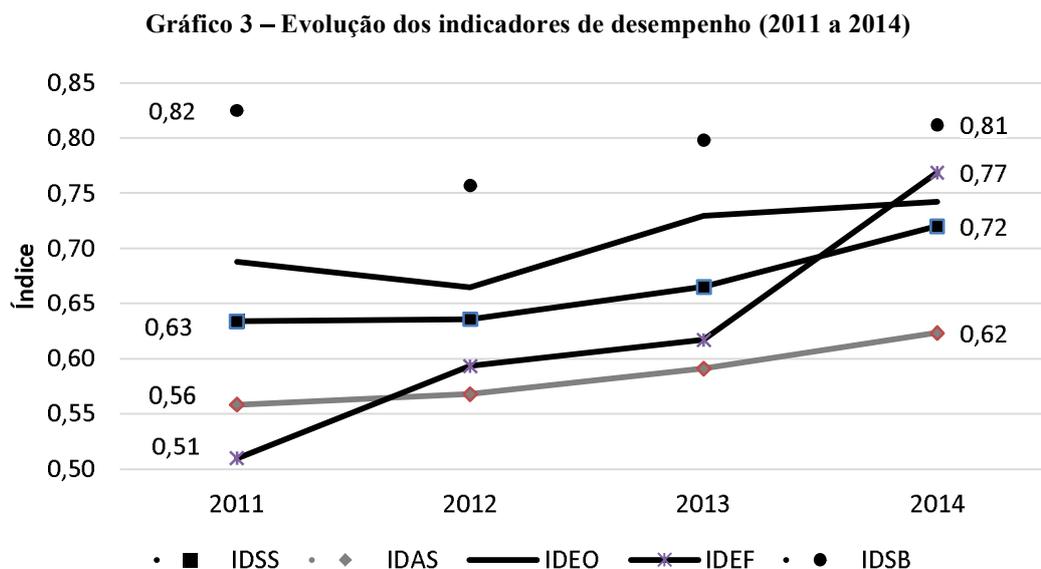
O maior número de cancelamentos em relação aos novos registros, resultando na diminuição do número de operadoras, pode estar associado ao processo de regulação e regulamentação, que estabelece padrões mínimos aceitáveis para operar no setor, como exigências econômico-financeiras e de prestação de serviços para as operadoras (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

No último levantamento divulgado pela ANS o total de beneficiários de planos de saúde em março de 2016 era de 70.509.933, sendo 69,24% deles de planos de saúde da modalidade médico hospitalar (BRASIL, 2016c). Os planos coletivos empresariais concentram 68,69% dos beneficiários das OPS, enquanto os individuais ou familiares possuem 18,96% dos beneficiários (BRASIL, 2016c).

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

Desde 2000, observou-se o crescimento no número de beneficiários tanto para planos de assistência médica com ou sem assistência odontológica, como para planos exclusivamente de assistência odontológica (BRASIL, 2016c). Observa-se que a primeira modalidade de plano atingiu a quantidade máxima de beneficiários, 50,4 mil, em dezembro de 2015. Já planos exclusivamente odontológicos atingiram o número de beneficiários em dezembro de 2015. Após esse pico, ambas apresentaram redução (BRASIL, 2016c).

As modalidades OPS de assistência médica que possuem maior número de beneficiários são as Cooperativas Médicas e as de Medicina em Grupo, 18,4 e 17,4 milhões de beneficiários em março de 2016, respectivamente.



**Fonte:** elaboração própria com base em Brasil (2015g).

No que tange os resultados econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde, foi contabilizado em 2015, um aumento de aproximadamente 11% em relação ao ano anterior de receitas de contraprestações (receitas com operação de planos de saúde) e das despesas assistenciais (gastos com assistência à saúde) (BRASIL, 2016c). Ambas variáveis cresceram de modo de que a taxa de sinistralidade, a relação entre as despesas e as receitas assistenciais, oscilassem em torno de 79,8% a 83,8% (BRASIL, 2016c).

No Gráfico 3, apresentam-se os indicadores de desempenho do Programa de Qualidade da Saúde Suplementar entre o período de 2011 e 2014. Observa-se que tanto o indicador geral (IDSS) quanto seus componentes (IDAS, IDEO, IDEF e IDSB) apresentaram crescimento ao longo do tempo. O IDEF, que representa a dimensão econômico-financeira, foi o teve maior crescimento, de 51%. Já o IDSB, referente à satisfação do beneficiário, apresentou leve redução de 1,2% no mesmo período.

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

## 4.2. Análise dos indicadores de 2014

Na Tabela 4, apresentam-se informações para os indicadores de desempenho das operadoras no ano de 2014. Tendo em vista que estes indicadores variam entre zero e um, constata-se que o indicador de desempenho da satisfação do beneficiário (IDSB) é o que se encontra mais próximo do valor máximo. Por outro lado, o indicador relativo ao atendimento à saúde (IDAS) apresenta o valor mais baixo entre os indicadores.

**Tabela 4 – Estatística descritiva para os indicadores de desempenho – 2014.**

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

**Fonte:** elaboração própria.

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

Na Tabela 5, apresentam-se informações para os indicadores econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde no ano de 2014. As operadoras do setor, em média, conseguiriam pagar duas vezes e meia o valor suas dívidas de curto prazo, usando apenas seus ativos de curto prazo, com base no indicador de liquidez corrente (LC). O desvio padrão da liquidez corrente é o menor, em aos outros indicadores utilizados, sugerindo menor desigualdade no setor. A margem bruta do setor (DM) é em média de 60%, ou seja, as despesas com assistência médica consomem mais da metade das contraprestações efetivas.

**Tabela 5 – Estatística descritiva para os indicadores econômico-financeiros – 2014**

Estatística		LC	ROE	DM	CT
Média	Valor	2,4726	-1,6517	0,6063	3,1134
Mediana	Valor	1,4704	0,1349	0,7523	1,5165
Desvio Padrão	Valor	7,0823	54,6007	4,2321	17,2127

**Fonte:** elaboração própria.

O Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE) médio do setor foi negativo, o que

significa que em 2014 as operadoras apresentaram prejuízos (em média). Por outro lado, a mediana afirma que metade das OPS tem ROE maior que 0,13, ou seja, um retorno de 13% sobre o PL investido. A Participação do Capital de Terceiros (CT) média do setor é de 3 vezes mais do que o patrimônio líquido investido pelos sócios ou acionistas.

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

Na Tabela 6, apresentam-se informações para os indicadores econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde no ano de 2014, segregados por modalidade. As operadoras de autogestão, em média, conseguiriam pagar todos os seus passivos de curto prazo, usando apenas seus ativos de curto prazo, 4 vezes. Elas apresentam a maior liquidez corrente (LC) média do setor.

**Tabela 6 – Estatística descritiva, por segmentação, dos indicadores econômico-financeiros – 2014**

Segmento	Modalidade	Estatística	LC	ROE	DM	CT
Médico-hospitalar	Autogestão	Média	4,2883	0,2010	-0,352	1,5677
		Mediana	2,5718	0,1205	0,8868	0,4503
		Desvio Padrão	6,3379	0,7159	9,4464	4,6486
	Cooperativa Médica	Média	1,5673	0,1996	0,7916	2,6932
		Mediana	1,4074	0,1558	0,8044	2,1216
		Desvio Padrão	0,6290	0,4536	0,2764	2,2844
	Medicina em grupo	Média	2,2657	0,0373	0,7296	3,0420
		Mediana	1,1826	0,1313	0,7588	1,6593
		Desvio Padrão	8,1468	1,9492	0,1787	9,3751
Seguradora Especializada em Saúde	Média	2,4132	0,0616	1,3191	1,3817	
	Mediana	2,0009	0,0743	0,5710	1,1171	
	Desvio Padrão	1,2558	0,2751	7,6121	0,6718	
Filantropia	Média	1,1400	-0,8324	0,7391	7,0755	
	Mediana	0,9481	0,0979	0,7878	1,0981	
	Desvio Padrão	0,8000	5,6018	0,2151	34,4802	
Exclusivamente odontológico	Odontologia de Grupo	Média	3,4917	0,4118	0,3013	4,9580
		Mediana	1,5498	0,1613	0,3031	0,7909
		Desvio Padrão	13,0257	3,9682	0,2228	35,0419
	Cooperativa odontológica	Média	2,4132	0,0616	0,5748	1,7049
		Mediana	2,0009	0,0743	0,5710	1,0893
		Desvio Padrão	1,2558	0,2751	0,1548	2,4706

**Fonte:** elaboração própria.

O Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE) das Odontologias em Grupo, é, em média, negativo em 9,95, se não for retirado um extremo (-1.667,9), que envia a análise estatística. Retirado esse extremo, as operadoras filantrópicas apresentam a menor média de retorno.

A margem bruta (índice de despesas médicas - DM) das operadoras de Autogestão tem média negativa em 0,35, ou seja, as operadoras arrecadaram menos do que gastaram com assistência médica. Elas apresentam mediana positiva e a maior dispersão de dados do setor. Esse Índice de Despesas Médicas apresenta desvio padrão de 26,9% em relação à média nas Cooperativas Odontológicas, sendo a modalidade com menor assimetria dentre as modalidades de operadoras de planos de saúde.

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

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

Na Tabela 7, apresentam-se informações para os componentes do indicador de satisfação dos beneficiários (IDSB) no ano de 2014. Tendo em vista que estes indicadores variam entre zero e um, constata-se que o Indicador de Desistência no Primeiro Ano é o que se encontra mais próximo do valor máximo. O componente que apresenta mediana mais distante da média é o Índice de Reclamações, o que sugere maior assimetria nos dados.

**Tabela 7 – Estatística descritiva para os indicadores de satisfação – 2014**

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

**Fonte:** elaboração própria.

Analisando a correlação linear entre os indicadores econômico-financeiros (ROE, LC, DM e CT) e o indicador de satisfação dos beneficiários (IDSB) para os dados de 2014, observa-se que as correlações são baixas, sendo que a relação entre ROE, DM e CT e o IDSB é negativa. Esta análise indicaria que quanto maior são esses indicadores, menor é a satisfação

dos beneficiários.

### 4.3. Análise de eficiência

Para realizar a análise de eficiência das operadoras de planos de saúde, no setor da saúde suplementar, será analisado: o indicador de satisfação dos beneficiários como variável de resultado e os indicadores econômico-financeiros ROE, LC e CT como variáveis de insumo, todos referentes ao ano de 2014. Ao utilizar a técnica Análise Envoltória de Dados foi possível avaliar quais operadoras de planos de saúde foram eficientes em produzir satisfação nos usuários nos serviços, dada a situação econômico-financeira do período.

Foi realizada a análise de 929 operadoras de planos de saúde e os resultados apontaram que 71 operadoras são eficientes, ou seja, atingiram o índice máximo igual a 1. Assim, estas operadoras foram eficientes na produção de satisfação do beneficiário, considerando a situação econômico-financeira de cada operadora. Observa-se que este resultado é dependente do conjunto de operadoras analisadas, do período e das variáveis utilizadas.

**Tabela 8 – Distribuição dos índices de eficiência (Brasil – 2014)**

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

**Fonte:** elaboração própria.

Na Tabela 8, apresenta-se a distribuição dos índices de eficiência e as médias dos seus respectivos índices de qualidade e indicadores econômico-financeiros. Grande parte das operadoras, 65,5%, se concentraram no intervalo dos índices  $0,80 \leq x \leq 1$ , o que pode ser considerado como eficiência alta. No intervalo dos índices  $0,90 \leq x < 1$  estão 39,7% das OPS. Três operadoras apresentaram índice de eficiência abaixo de 0,20.

Também na Tabela 8, pode-se observar os indicadores médios para cada faixa de eficiência. Quanto ao indicador do Retorno sobre Patrimônio Líquido (ROE), o valor médio

para as 71 OPS eficientes apresentou um valor negativo alto. Por outro lado, para as faixas de eficiência logo abaixo, até 0,50, são positivas.

Em relação à Liquidez Corrente (LC), constata-se que as operadoras mais eficientes também são aquelas com maior liquidez em média. Porém, a operadora considerada neste estudo como a menos eficiente obteve a segunda liquidez corrente mais alta.

Em relação à utilização de capital de terceiros (CT), observa-se valores elevados para as 71 operadoras eficientes e para as operadoras em uma faixa intermediária de eficiência (de 0,40 a 0,50). Por outro lado, as três operadoras menos eficientes apresentaram valores mais baixos para este indicador.

A melhor situação, nesse estudo, seria: ROE positivo, LC alta e CT baixo. O que não é observado na análise. A LC das operadoras eficientes foi a maior, condizendo o ideal, porém, a operadora menos eficiente apresentou a segunda maior liquidez. Com isso, pode-se dizer que as operadoras com a melhor situação econômico-financeira não são as que geram os melhores índices de satisfação dos beneficiários.

Nas tabelas 10 e 11, apresentam-se as a distribuição dos índices de eficiência, por modalidade, do segmento médico-hospitalar e exclusivamente odontológico, respectivamente.

**Tabela 10 – Distribuição dos índices de eficiência, por modalidade, do segmento médico-hospitalar (Brasil – 2014)**

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

Fonte: elaboração própria.

Com base na Tabela 11, observa-se que as Seguradoras Especializadas em Saúde têm 70% das operadoras com índices de eficiência abaixo que 0,40, apresentando assim a

maior quantidade, proporcionalmente ao número total de operadoras da modalidade, de operadoras pouco eficientes. Conclui-se que seria possível produzir maior satisfação, dada a situação financeira da empresa (Tabela 6). 55,5% das Cooperativas Médicas, modalidade que possui o maior número de beneficiários, possuem índice de eficiência maior que 0,80.

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

**Tabela 11 – Distribuição dos índices de eficiência, por modalidade, do odontológico (Brasil – 2014)**

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

**Fonte:** elaboração própria.

Constata-se que as entre as operadoras mais eficientes, com índice igual a 1, 64,79% são da modalidade Odontologia em Grupo. Essa modalidade tem 151 das operadoras analisadas ou seja, 93,79%, concentradas no intervalo do índice de eficiência  $0,80 \leq x \leq 1$ , indicando que os beneficiários dessa modalidade apresentam maiores níveis de satisfação em relação ao serviço prestado.

Pode-se dizer, analisando as Tabelas 10 e 11, que as modalidades de operadoras de planos de saúde menos eficientes são as Medicinas em Grupo e as Seguradoras Especializadas em Saúde, por apresentarem a maioria das operadoras classificadas como menos eficientes. Portanto, dado os indicadores econômico-financeiros apresentados pelas OPS, teriam condições de apresentarem maior IDSB.

Por outro lado, as duas modalidades do segmento exclusivamente odontológico são as que apresentam mais operadoras mais eficientes. Com índices de eficiência maiores que 0,80, as Cooperativas Odontológicas e as Odontologias em Grupo possuem,

respectivamente, 99,02% e 93,79% de suas operadoras.

As operadoras desse segmento são reguladas pela ANS de forma menos intensa (NERO, 2014) possibilitando maior margem de discricionariedade nas decisões de gestão – econômico-financeiras ou em relação ao atendimento ao cliente. Essa pode ser uma das variáveis que influencia a modalidade odontológica ser a com mais operadores eficientes, além do fato do seguimento ser restrito a odontologia, que permite uma maior especialização, e conseqüente menor prestação de serviços, por parte das operadoras.

## **5. Considerações finais**

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

Foi realizada a análise de eficiência através da técnica DEA e constatou-se que 71 operadoras (7,6% das analisadas) podem ser consideradas eficientes pois registraram índice igual a 1. Os índices foram divididos em intervalos com variação de 0,10, sendo o primeiro o intervalo mais eficiente e os últimos como intervalos das operadoras menos eficientes. Identificou-se que 369 operadoras brasileiras se encontram no segundo intervalo de eficiência, seguidos por 168 operadoras que foram classificadas no terceiro intervalo. 2 operadoras ficam no penúltimo intervalo e 1 no último intervalo, sendo esses os intervalos de operadoras menos eficientes.

Ao se analisar o resultado obtido pela análise de eficiência com as modalidades das operadoras, foi possível identificar que as operadoras do segmento exclusivamente odontológico são as mais eficientes. No que se refere à situação econômico-financeira, não foi possível identificar um padrão. As operadoras eficientes, apresentaram ROE médio negativo, LC média alta e CT alto, enquanto as menos eficientes apresentaram ROE média positivo, LC média alta e CT baixo. Considera-se, nesse estudo, que a melhor situação seria: ROE positivo, LC alta e CT baixo. Portanto, as operadoras que geraram maior satisfação nos seus

beneficiários não foram que que possuíam melhor situação econômico-financeira.

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

Todavia, o teste de eficiência foi realizado apenas para o ano de 2014. Um teste abordando um horizonte de tempo mais amplo, apresentaria resultados mais robustos. Realizar uma análise contemplando também mais indicadores econômico-financeiros ao longo do tempo, pode permitir a confirmação ou não da falta de relação entre satisfação dos beneficiários e a situação econômico-financeira das operadoras de planos de saúde, através da técnica DEA.

## Referências

- ALBUQUERQUE C., PIOVESAN M. F., SANTOS I. S., MARTINS A. C. M., FONSECA A.L., SASSON D., SIMÕES K. A. (2008). A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 13, n. 5, p. 1421-1430.
- ASSAF NETO, A. (1987). **Estrutura e Análise de Balanços: um enfoque econômico-financeiro**. 3. ed. São Paulo: Atlas.
- BRASIL. (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm)>. Acesso em ago/2016.
- BRASIL. (1998). **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm)>. Acesso em ago/2016.
- BRASIL. (2000a). **Lei nº. 9.961, de 29 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm)>. Acesso em ago/2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2000). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000**. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>>. Acesso em ago/2016.

- BRASIL. (2001). **Lei nº. 10.185, de 12 de fevereiro de 2001**. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10185.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10185.htm)>. Acesso em ago/2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2002). **Regulação Saúde & Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar**. Rio de Janeiro, ANS.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2005). **Dois faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Regulação e Saúde 4, Rio de Janeiro, ANS, 1ª edição, 270p.
- BRASIL. ANS. (2006). **Resolução Normativa – RN nº 139, de 24 de novembro de 2006**. Institui o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTEyMQ==>>. Acesso em ago/2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2009). **Resolução Normativa – RN nº 196, de 14 de julho de 2009**. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==>>. Acesso em ago/2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2012). **Glossário Temático: saúde suplementar, Projeto de Terminologia da Saúde**. 2ª edição. Editora do Ministério da Saúde, Brasília.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2016). **Relatório de Qualificação das Operadoras 2014 – ano base 2013**. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, 2014. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_da\\_Operadora/IDSS/relatorio\\_idss\\_2014.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/IDSS/relatorio_idss_2014.pdf)>. Acesso em set/2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2015a). **Relatório de Qualificação das Operadoras 2015 – ano base 2014**. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_da\\_Operadora/IDSS/relatorio\\_qualificacao\\_operadora\\_2015\\_ano\\_base\\_2014.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/IDSS/relatorio_qualificacao_operadora_2015_ano_base_2014.pdf)>. Acesso em set/2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2015b). **Fichas técnicas dos indicadores do programa de qualificação da saúde suplementar – componente operadoras, avaliação de desempenho referente ao ano de 2014, anexo II**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/idss/pg\\_o2015\\_4\\_ficha\\_tecnica\\_dos\\_indicadores\\_anexo\\_ii.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pg_o2015_4_ficha_tecnica_dos_indicadores_anexo_ii.pdf)>. Acesso em set/2016.

- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2016a). **Quem somos**. Histórico. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>. Acesso em ago/2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2016b). **Espaço do Consumidor**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos>>. Acesso em ago/2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2016c). **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Junho 2016. Rio de Janeiro, ANS, ano 10, n. 2, jun,. Disponível em: < [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Caderno\\_informacao\\_saude\\_suplementar/caderno\\_JUNHO\\_2016\\_total.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_JUNHO_2016_total.pdf)>. Acesso em set/2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2016d). **Índice de Reclamações**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes>>. Acesso em out/2016.
- CARDOSO, R. L. (2005). **Regulação econômica e escolhas de práticas contábeis: evidências no mercado de saúde suplementar brasileiro**. Tese de Doutorado em Ciências Contábeis. Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 154 p.
- CARVALHO E.B.; CECÍLIO L.C.O. (2007). A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, pp. 2167-2177, set.
- DAROS, R. F.; GOMES, R. S.; SILVA, F. H.; LOPES, T. C. (2016). A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Physis**, v. 26, n. 2, pp. 525-547, abr/jun.
- ESCRIVÃO JUNIOR, A.; KOYAMA, M. F. (2007). O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, pp. 903-914, jul/ago.
- FERREIRA, C.M.C.; GOMES, A.P. (2009). **Introdução à análise envoltória de dados**. 1ª Ed. Minas Gerais: UFV.
- IUDÍCIBUS, S. (1998). **Análise de Balanço**. 7. ed. São Paulo: Atlas.
- MALTA, D.C.; CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.; JORGE, A.O.; COSTA, M.A. (2004). Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, pp. 433-444, abr-jun.
- MATARAZZO, D. C. (2010). **Análise financeira de balanços: abordagem básica e gerencial**. 7. ed. São Paulo: Atlas.

- MELLO, J.C.C.B.S.; MEZA, L.A.; GOMES, E.G.; NETO, L.B. (2016). Curso de análise envoltória de dados. **In:** XXXVII SBPO – Simpósio Brasileiro de Pesquisa Operacional, Gramado, Rio Grande do Sul, 2005. Disponível em: <[http://www.uff.br/decisao/sbpo2005\\_curso.pdf](http://www.uff.br/decisao/sbpo2005_curso.pdf)>. Acesso em out.
- MENESES, C. S., CECILIO, L. C. O., ANDREAZZA, R., ARAÚJO, E. C., CUGINOTTI, A. P., REIS, A. A. C. (2013). Os usuários e a transição tecnológica no setor de saúde suplementar: estudo de caso de uma operadora de plano de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, pp. 57-66, jan.
- MOROZINI, J. F.; OLINQUEVITCH, J. L.; HEIN, N. (2006). Seleção de índices na análise de balanços: uma aplicação da técnica estatística ‘ACP’. **Revista de Contabilidade e Finanças**, São Paulo – USP, v. 17, n. 41, pp. 87 a 99, maio/ago.
- PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. (2008). Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, v.18, n.4, pp. 767-783.
- PORTELA, M. C., LIMA, S. M. L., UGÁ, M. A. D., GERSCHMAN, S., VASCONCELLOS, M. T. L. (2010). Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, pp. 399-408, fev.
- SALVATORI, R.T.; VENTURA, C.A.A. (2012). **A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde**. Organizações & Sociedades, Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, v. 19, n. 62, jul-set.
- SANTOS F. S.; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. (2008). A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, pp. 1463-1475, set-out.
- SANTOS, I. S. (2009). **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada**. Tese de Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, 186 p., Rio de Janeiro.
- SILVA, F. G.; OSÓRIO, F.G.; PIOLA, S.F. (2002). Os gastos das famílias com saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 4, pp. 719-731.
- SATO, F. R. L. (2007). **A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, pp. 49-62, jan-fev.
- SILVA JUNIOR, A. G. *et al.* (2008). Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, pp. 1489-1500, out.

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

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