

## **8ª Jornada de Estudos de Regulação - IPEA.**

Trabalho submetido para apresentação

### **O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde.**

**Autor:** Rodrigo Mendes Leal.

Economista do BNDES.

Doutor em Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento (Instituto de Economia da UFRJ). Mestre em Economia (Faculdade de Ciências Econômicas da UERJ). Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental (ENAP/Ministério do Planejamento).

Email: [RMendesleal@gmail.com](mailto:RMendesleal@gmail.com) / [rleal@bndes.gov.br](mailto:rleal@bndes.gov.br)

## **8ª Jornada de Estudos de Regulação - IPEA.**

Trabalho submetido para apresentação

### **O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde.**

**Descritores / Palavras-chave:** Seguro de saúde e planos privados de saúde. Regulação da Saúde Suplementar. Estado, mercado e regulação em saúde. Produção e formação dos preços. (Classificação JEL: I13, I18, L11).

#### **Resumo**

Este artigo analisa os resultados econômicos do mercado de planos de saúde no Brasil, no período após a implantação do marco regulatório setorial no final do século XX. Para tanto, foram analisadas as normas legais e infralegais, bem como de dados empíricos do setor, em especial dos demonstrativos contábeis das Operadoras. Foram identificadas mudanças nos resultados desse mercado e associações com a trajetória da regulação. Destacam-se estratégias das Operadoras para diminuição do risco das carteiras, aumento das receitas financeiras e estabilidade em termos reais das receitas de mensalidades. Quanto à destinação dos recursos, houve aumento da taxa de sinistralidade e alterações no padrão de rentabilidade, considerando as dimensões do modelo Du Pont. Por fim, são indicados aspectos para a aprofundamento em pesquisas futuras, bem como alguns desafios da regulação.

#### **Abstract**

This article analyzes the economic results of the health insurance market in Brazil, in the period after the implementation of sectorial regulatory framework in the late twentieth century. For this purpose, this research analyses the rules implemented by the regulation, as well as empirical data of the industry, particularly the financial statements of the companies. Changes in the results of this market and associations with the trajectory of regulation were identified. Highlight strategies of operators to decrease the risk of portfolios of clients, increase financial incomes and maintain the stability in real terms of the revenues from monthly payments. Regarding the destination of resources, happened an increase in accident rate and changes in the pattern of profitability, considering the dimensions of the model Du Pont. Finally, issues are outlined for further development in future research, as well as some challenges of regulation.

## 1. Introdução

Passada a primeira década do século XXI, os planos e seguros privados de assistência à saúde configuram, no Brasil, um mercado representativo em termos de relevância e de tamanho, o que pode ser evidenciado pela abrangência de atendimento, com assistência médica a cerca de  $\frac{1}{4}$  da população, e de faturamento anual, próximo ao do orçamento federal para a saúde pública.

Na virada do século XX para o século XXI, com a implantação do marco regulatório do setor de saúde suplementar, houve mudanças significativas para o mercado de planos de saúde. Visando reduzir os problemas enfrentados pelos usuários, destacam-se algumas medidas da regulação de produtos<sup>1</sup>:

- i) limitação da diferenciação de produtos, com a definição da cobertura assistencial em nível superior ao anteriormente praticado, sendo definida sua atualização periódica por meio de Rol de Procedimento das ANS;
- ii) limitação da prática de seleção de risco pelas Operadoras, sendo padronizado o acesso aos consumidores e vedada a exclusão de doenças dos contratos; bem como, no caso dos planos individuais, vedada a rescisão unilateral do contrato pela Operadora;
- iii) limitação da discriminação de preços entre os tipos de consumidores, sendo estabelecidos limites de diferencial de preços segundo faixas etárias, o denominado pacto intergeracional, que é um tipo de subsídio cruzado dos mais jovens para os mais idosos; e
- iv) limitação do repasse de custos das Operadoras para os consumidores de contratos individuais, cujo reajuste depende de autorização prévia pela ANS.

Visando reduzir o risco de precariedade da situação econômica das Operadoras e da sua impossibilidade de honrar as obrigações assumidas nos contratos frente aos beneficiários, foram criados mecanismos de regulação prudencial, com semelhanças àqueles praticados no mercado de seguros, envolvendo exigências para o ingresso e funcionamento das empresas do setor, incluindo a constituição de garantias financeiras, por meio de recursos próprios mínimos e provisões técnicas que devem ter seu valor lastreado por ativos garantidores. Ademais, visando evitar o enriquecimento sem causa das Operadoras em detrimento da coletividade, foi estabelecida a obrigação de ressarcimento, pelas Operadoras, dos valores de procedimentos utilizados no SUS por usuários com cobertura desses procedimentos previstas em planos de saúde.

Este trabalho tem como objetivo analisar os resultados econômicos do mercado de planos de saúde no Brasil, no contexto da regulação do setor.

Para efeitos do presente trabalho, regulação foi definida como o conjunto de ações e estratégias de normatização, controle e fiscalização desenvolvidas pelo Estado sobre um mercado específico, se caracterizando por um escopo distinto de outras políticas tais como financiamento, produção pública, transferência de renda e defesa da concorrência e do consumidor.

A análise dos resultados econômicos se dará pelo lado da oferta, distintamente das abordagens de demanda, consumo ou distribuição. Mais particularmente, o foco será nos resultados operacionais, na perspectiva econômico-financeira, com a utilização de dados principalmente do Demonstrativo de Resultados do Exercício, informação da contabilidade das empresas. Nesses termos, não é pretensão do presente trabalho aprofundar discussões sobre a liquidez ou estrutura de capital das empresas desse mercado. Sendo assim, serão variáveis-chaves do estudo as categorias de receitas e de destinação dos recursos.

---

<sup>1</sup> #Para mais detalhes sobre os fundamentos conceituais e o histórico do mercado de planos de saúde no Brasil e dos resultados econômicos do setor, ver LEAL (2014).

O período em foco, do final da década de 1990 até 2012, tem início na criação do marco regulatório setorial e da agência reguladora federal voltada ao setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), se estendendo até o período mais recente com dados anuais disponíveis.

O presente artigo tem seu escopo delimitado pelas seguintes questões específicas: Após mais de uma década de regulação, houve alteração nos resultados econômicos, em especial no padrão de arrecadação e destinação dos recursos? De que forma a evolução dos resultados se relaciona com a trajetória da regulação?

## 2. Revisão da Literatura

Desde a sua criação, a ANS vem ampliando a disponibilidade de informações sobre o setor, por meio de diversos periódicos<sup>2</sup>. Na literatura, há estudos sobre a regulação do setor de saúde suplementar que abordam alguns aspectos relacionados aos resultados econômicos<sup>3</sup>, conforme mostrado no Quadro 1.

**Quadro 1: Literatura sobre regulação da saúde suplementar e resultados econômicos**

Referência	Destaques
Santos et al (2008)	Apresentam, com dados da ANS até 2003, a evolução das receitas de contraprestações dos planos de saúde, no geral e segundo as modalidades de operadoras.
Cechin (2008)	Analisa a evolução da receita média por beneficiário (de 1980 a 2006, com base em diversas fontes) e das receitas segundo modalidades de operadoras (de 2001 a 2006, dados da ANS).
Leal e Matos (2008b)	Analizam, com dados da ANS até 2006, a evolução, para o setor como um todo, da receita de contraprestações e da despesa assistencial.
Matos (2011)	Analisa, com dados da ANS até 2009, as condições de higidez econômico-financeira do setor como um todo, por meio das variáveis de fluxo do setor, as despesas assistenciais e as receitas de contraprestações, observando a razão entre as duas (taxa de sinistralidade) como indicador de lucratividade operacional.

Fonte: Elaboração própria.

No presente trabalho, os resultados econômicos do setor serão tratados de forma mais abrangente, comparativamente à literatura mencionada, em termos de período analisado e de variáveis de mensuração do resultado econômico. Será considerada a atuação como um todo das operadoras, por meio da análise de suas receitas em geral e a destinação desses recursos em termos de despesas e resultado líquido.

Em função dessa abordagem, foi realizada busca bibliográfica sobre estudos pertinentes, no mercado de planos de saúde, sobre os resultados econômicos na perspectiva da presente pesquisa. Kudlawicz (2013, 46), em dissertação recente sobre planos de saúde, na área de contabilidade, aponta que poucos são os estudos realizados com foco nos indicadores econômicos e financeiros em empresas, sejam elas integrantes do setor de saúde privada ou não. A mesma autora apresenta estudos anteriores relevantes sobre o assunto, dentre os quais somente um (Soares, 2006) é específico do setor de saúde suplementar. Em busca bibliográfica, identificamos outros estudos pertinentes, conforme apresentado no Quadro 2.

<sup>2</sup> Entretanto, os dados divulgados apresentam limites na sua interpretação, uma vez que, em geral, as informações são passíveis de atualização, pelas operadoras, quanto aos períodos do passado, podendo haver alteração dos dados da série temporal a depender da data de consulta.

<sup>3</sup> Foram identificados diversos textos sobre os impactos socioeconômicos da regulação, entretanto, destacamos aqui somente aqueles referentes ao conceito de resultados econômicos adotado no presente trabalho.

**Quadro 2: Literatura sobre resultados econômicos na saúde suplementar**

Autor (ano)	Destaques
Fernandes et al (2003)	Dados contábeis (ANS), de 2001 e 2002. Investiga por meio de modelo DEA a eficiência, em termos de desempenho econômico-financeiro, de distribuição geográfica e de beneficiários. Conclui que o desempenho financeiro da grande maioria das operadoras é ineficiente.
Soares (2006)	Dados contábeis (ANS), de 2004, de 211 operadoras. Conclusões: i) proximidade entre os indicadores tradicionais recomendados pela literatura e os utilizados pela ANS; ii) indicadores utilizados pela ANS são relevantes para avaliar o desempenho das operadoras.
Veloso e Malik (2010)	Dados de 2006 dos balanços financeiros (Gazeta Mercantil) de empresas atuantes no Brasil, sendo selecionada amostra respectivamente com as 100 maiores operadoras (OP), hospitais (HO) e empresas em geral (EM). Quanto maior a OP ou HO, maior a possibilidade de resultados similares aos das EM. A rentabilidade, tanto em termos de ROA e ROE, das OP é inferior às EM, e similar aos HO. A margem líquida das OP é similar ao dos HO e estatisticamente menor do que a das EM.
Vieira e Costa (2007)	Dados contábeis (ANS), 2004, somente operadoras exclusivamente odontológicas. Analisa rentabilidade (Resultado Líquido / Patrimônio Líquido) e despesa assistencial (em relação ao faturamento). O segmento odontológico apresentou alta rentabilidade, principalmente para as Odontologias de Grupo, uma vez que as Cooperativas Odontológicas apresentam despesa assistencial relativamente mais elevada.
Guimarães e Nossa (2010)	Dados contábeis (ANS), 2006, 621 operadoras, após exclusão das exclusivamente odontológicas. Por meio de análise da variância (ANOVA), mostra que diferentes estruturas de capital de giro estão associadas com diferentes níveis de lucratividade, liquidez e solvência. Conclui que a gestão eficiente do capital de giro é importante para a performance e sobrevivência das Operadoras.
Kudlawicz (2013)	Dados contábeis (ANS), de 2005 a 2011, de 477 operadoras. Analisou os determinantes da rentabilidade do ativo (ROA), por meio de estimativas econométricas com base em indicadores econômico-financeiros, considerando a distinção de grupos segundo porte, modalidade e macrorregião. Os resultados desse período apontam as seguintes medianas: ROA (5,0%), Margem Líquida das Vendas (2,5%), Giro do Ativo (1,8) e Sinistralidade (77%). Conclui que: i) ROA é negativamente relacionada à sinistralidade e positivamente relacionada ao Patrimônio Líquido; ii) Empresas de menor porte em termos de beneficiários apresentaram ROA relativamente maior do que as de médio e grande porte, sendo contra-intuitivo; iii) filantrópicas são estatisticamente diferentes das demais modalidades; iv) indica o futuro estudo de outras variáveis como o retorno sobre o patrimônio líquido (ROE) para a rentabilidade e o nível de faturamento para o porte.
Ferreira (2013)	Dados contábeis (ANS), de 2007 a 2011, sem mencionar exclusão de operadoras. Busca verificar, os fatores determinantes da verticalização, por meio da evolução patrimonial, de despesas assistenciais e de receitas, separadamente por rede própria ou não, bem como por modalidades de operadoras. Para os planos médico-hospitalares, as mensalidades arrecadadas (contraprestações líquidas) pelas operadoras vêm crescendo a 12% ao ano, mas com pequena redução (4 p.p.) da sua participação em relação às receitas totais, alcançando 80% em 2011. No período, o crescimento das despesas com pessoal próprio foi de 33%, o das despesas totais foi de 47% e o do resultado nominal foi de 21%. A margem de lucro (em relação à receita total) teve queda de 5,1% para 4,2%. Conclusão: Crescente verticalização nas modalidades de operadoras nas quais é permitida, com destaque para as cooperativas médicas.

Fonte: Elaboração própria.

Alguns desses estudos tratam da performance de indicadores econômico-financeiros das operadoras, incluindo abordagens de dimensões de resultado (Ferreira, 2013) e de rentabilidade (Kudlawicz, 2013). Por sua vez, a presente pesquisa, mais ampla, propõe uma abordagem considerando as receitas e das despesas, mas também seus principais componentes, num contexto analítico na perspectiva das implicações do marco regulatório.

### 3. Metodologia

A metodologia da investigação envolveu levantamento das normas legais e infralegais estabelecidas, bem como de dados empíricos do setor, em especial dos demonstrativos contábeis das Operadoras.

O estudo dos resultados econômicos terá como fonte principalmente as informações disponibilizadas pela ANS em suas publicações e bases de dados específicas, com destaque para a que disponibiliza as Demonstrações Contábeis das Operadoras. Será também utilizada a literatura especializada sobre o assunto, bem como as estatísticas socioeconômicas disponibilizadas por instituições como o IBGE.

No âmbito da presente pesquisa, foi organizada base de dados com os dados dos diversos arquivos de Demonstrações Contábeis, para cada uma das mais de mil Operadoras, com base nas informações disponibilizadas, em fevereiro de 2014, na página eletrônica da ANS.

## 4. Resultados

### 4.1. Planos de saúde e Beneficiários

Quanto à cobertura assistencial, os planos de saúde podem ser de assistência médico-hospitalar com ou sem odontologia (planos médicos) ou exclusivamente odontológica (planos odontológicos), sendo que essa segunda categoria apresenta peculiaridades próprias, com menor complexidade de custos e regulatória<sup>4</sup>. Os contratos médicos representam a maior parcela do total de vínculos de beneficiários, tendo crescido a uma taxa de crescimento médio de 3,8% ao ano e alcançando, no início década de 2010, patamar de quase 50 milhões de beneficiários. Os planos exclusivamente odontológicos obtiveram crescimento bastante mais expressivo, com um crescimento de 17,9% ao ano, tendo alcançado, no início da década de 2010, mais de 15 milhões de beneficiários (ANS, 2013d).

Com isso, o segmento menos regulado, o dos planos exclusivamente odontológicos, aumentou significativamente sua participação no total de beneficiários, passando de percentuais de um dígito para mais de ¼ de participação.

Em uma segunda categorização pertinente, os planos de saúde apresentam duas categorias de contratação, que são o individual/familiar, no qual o contratante é uma pessoa física, ou o coletivo, aquele firmado por intermédio de uma pessoa jurídica (empresa, associação, fundação ou sindicato)<sup>5</sup>. Os planos individuais, tipicamente com beneficiários com menor poder de barganha junto às operadoras, apresentam maior intensidade da regulação<sup>6</sup>. Nesse contexto, alguns autores destacaram a expectativa de que as empresas reagissem às novas regras dos planos individuais por meio do aumento dos preços (Costa, 2008, p. 1455) ou da redução da oferta por meio de estratégias de aversão ao risco (Costa e Castro, 2003, p. 49).

---

<sup>4</sup> O risco odontológico é razoavelmente conhecido, pode ser prevenido e está relacionado com menor gasto esperado (ANS, 2002f, p.29). Já os planos médicos, apresentam estrutura de riscos mais complexa, com maior sensibilidade em relação ao perfil de beneficiários, por exemplo o perfil demográfico, de acordo com características de faixa etária ou de gênero.

<sup>5</sup> Ademais, atualmente se destaca a classificação que segmenta os contratos coletivos em dois tipos: i) coletivo empresarial, que permite beneficiários com vínculo à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária; e ii) coletivo por adesão, que permite beneficiários com vínculo à pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial. (ANS, 2014)

<sup>6</sup> Com destaque para regras definidas no marco legal que somente se aplicam aos planos individuais, tais como a proibição da rescisão unilateral dos contratos pelas operadoras e pelo requisito da autorização da ANS para o reajuste das contraprestações.

Para os dois tipos de assistência (médica e odontológica), houve crescimento continuado da quantidade de beneficiários tanto para os contratos coletivos quanto para os individuais, sendo mais intenso, nesses dois tipos de contratação, para a assistência odontológica<sup>7</sup>.

Nos planos médicos, enquanto no início dos anos 2000 os coletivos representavam pouco mais do dobro dos individuais, apresentaram crescimento continuado dessa proporção, superando o triplo dos individuais ao final dessa primeira década e continuando nessa trajetória de aumento, alcançando, no início da década de 2010, mais de 3,5 vezes, superando 35 milhões de beneficiários, enquanto os individuais ficaram com um quantitativo um pouco inferior a 10 milhões. Desse modo, os planos médicos individuais não estão em trajetória de desaparecimento, mas sim com um crescimento inferior aos coletivos. Dentre os planos médicos coletivos, é relevante notar a distinção entre as suas duas categorias, com predominância da empresarial, que teve crescimento nominal continuado no período, passando de uma participação de cerca de 2/3 no início dos anos 2000 para um patamar superior a 4/5 no início da década de 2010, tendo como consequência a redução da participação da segunda categoria, os coletivos por adesão.

Quando observados somente os planos médicos novos, também predominam os coletivos empresariais, resultando na diminuição da participação dos coletivos por adesão, que apresentaram a particularidade de crescimento nominal até 2009, quando atingiram cerca de 7 milhões de beneficiários, seguido de queda nesse quantitativo a partir de então. Não nos parece coincidência o fato de que a inversão da trajetória dos coletivos por adesão tenha ocorrido em 2009, justamente o ano que a ANS estabeleceu requisito específico para a contratação dessa modalidade<sup>8</sup>, frente aos problemas derivados dos planos falsos coletivos. Apesar dessa mudança regulatória, registre-se que em 2013 há indícios de que ainda persistem problemas relacionados aos falsos coletivos, inclusive com a simulação de grupos para venda de planos coletivos<sup>9</sup>.

Nos planos exclusivamente odontológicos, o tipo de contratação coletivo já representava mais do triplo dos individuais no início da década de 2000, tendo crescido essa proporção, com alguma oscilação, mas se estabilizando, no início da década de 2010, em torno de cinco vezes o quantitativo dos individuais, alcançando em 2012 mais de 15 milhões de beneficiários, enquanto os individuais se situaram com pouco mais de 3,2 milhões. Considerando somente os planos novos no período a partir do final de 2004, o crescimento dos planos coletivos foi de 20,5% ao ano; praticamente similar, mas ligeiramente inferior ao dos individuais, que foi de 20,6% ao ano. Interessante notar que esse crescimento dos planos novos individuais coincide, em grande medida, com a flexibilização, a partir de maio de 2005, pela ANS, da regra de reajuste desses contratos, em que passou a ser aplicado o índice de preços acertado entre as partes em contrato.

Em síntese, os planos odontológicos individuais não estão em trajetória de desaparecimento, mas sim com um crescimento próximo dos coletivos. Dentre os planos coletivos, é relevante notar a predominância da modalidade empresarial, que teve crescimento nominal continuado no período, passando de uma participação de cerca de 60%

---

<sup>7</sup> Entretanto, para os dois tipos de assistência, tanto a evolução nominal quanto a do indicador participação do tipo de plano em relação ao total de beneficiários têm limitações analíticas, uma vez que é relevante a participação dos planos não informados no início do período, em que é superior a 1/3 do total, com trajetória declinante atingindo níveis inferiores a 10% a partir da segunda metade da década, o que reflete a melhoria da qualidade dos dados.

<sup>8</sup> Por meio da RN 195/2009, foi estabelecida a necessidade de vínculo associativo, de classe ou empregatício para adesão a um contrato coletivo.

<sup>9</sup> Conforme o Presidente da Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor, Murilo Moraes (O Globo, 2013)

no início dos anos 2000 para níveis acima de 80% no início da década de 2010, simultaneamente à redução da participação dos coletivos por adesão.

Quando observados somente os planos odontológicos novos, também predominam os coletivos empresariais, de forma similar com aumento da sua participação, resultando na diminuição da participação dos coletivos por adesão, que apresentaram a particularidade de crescimento nominal até 2009, quando atingiram cerca de 2,5 milhões de beneficiários, seguido de queda nesse quantitativo a partir de então. Mais uma vez, fica evidenciada a inversão da trajetória dos coletivos por adesão em 2009, ano que a ANS estabeleceu requisito específico para a contratação dessa modalidade. De todo modo, os planos odontológicos coletivos por adesão novos apresentaram, considerado todo o período, uma taxa de variação anual em todo o período correspondente a 15,4%, que nesse caso surpreende por ser inferior àquela mencionada dos individuais novos, fato que possivelmente está associado ao crescimento mais intensivo dos planos individuais no período após a flexibilização da política de reajuste pela ANS.

#### 4.2. Operadoras e Beneficiários

A Lei n. 9.656/1998 estabeleceu a obrigatoriedade do registro das operadoras, que em grande proporção (mais de 3 mil operadoras) foi realizado no período até 2000, quando não havia previsão de exigências para as operadoras já constituídas. A partir de 2000, a ANS passou a exigir das operadoras condições para efetuar o registro (constituição de reservas, registro de produtos, inscrição nos conselhos profissionais) (Santos et al, 2008), havendo declínio no quantitativo de novos registros, mas com continuidade da sua realização, que acumulou quase 600 novos registros a partir de 2001.

Ao longo do período, houve o cancelamento de registro de mais de 2.100 operadoras, fazendo com que o número de operadoras (em atividade e com beneficiários) seja, a partir do início da década de 2000, decrescente, chegando ao total de cerca de 1.500 operadoras em atividade em 2012. Com isso, aumentou a proporção das operadoras em atividade que possuem beneficiários, que passou de 70% para cerca de 85%, ainda havendo em 2012 mais de 200 operadoras em atividade mas sem beneficiários.

As operadoras exclusivamente odontológicas, que apresentam regulação menos rigorosa, apresentaram queda no seu quantitativo de forma menos intensa que as operadoras médico-hospitalares (ANS, 2013d). Em termos de distribuição de beneficiários dos planos exclusivamente odontológicos, houve ampliação da oferta Operadoras Médicas, que no início dos anos 2000 atendiam a cerca de 1/8 desse mercado, passando a mais de 1/6 em 2012<sup>10</sup>.

#### 4.3. Receitas

##### a) Mensalidades

De forma geral, os dados de arrecadação de recursos pelas operadoras que são divulgados pela ANS são as contraprestações efetivas, que, no período de 2001 a 2012<sup>11</sup>, tiveram um crescimento de cerca de 14% ao ano, atingindo R\$ 95,4 bi em 2012. Em todo o período, se manteve estável a expressiva predominância das operadoras médico-hospitalares, representando 98% do todo<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Com dados de ANS Tabnet (SIB/ANS – 09/2013).

<sup>11</sup> Os dados de receitas de contraprestações estão disponíveis em publicações da ANS somente a partir de 2003. Para a apresentação de informações a partir de 2001, primeiro ano com informações contábeis das operadoras apresentadas à ANS, foi realizada consulta no sistema ANS Tabnet.

<sup>12</sup> Os dados disponibilizados pela ANS não possibilitam identificar os valores de receitas e despesas segundo tipo de plano (por exemplo modalidade assistencial ou tipo de contratação). Muito embora essas categorias estejam presentes de forma



A receita unitária das Operadoras<sup>13</sup> indica preços médios progressivamente mais altos para as operadoras médicas, passando de cerca de 5 vezes o valor médio da mensalidade das operadoras exclusivamente odontológicas para a razão de mais 10 vezes esse valor em 2012, com tíquete médio de R\$ 1,8 mil ao ano para as operadoras médicas e R\$ 0,15 mil ao ano para as operadoras exclusivamente odontológicas. No caso das Operadoras Médicas<sup>14</sup>, a taxa de crescimento anual foi de cerca de 7%, próxima à taxa de inflação da economia brasileira no mesmo período<sup>15</sup>.

Por sua vez, consideradas as modalidades de planos, nossa estimativa<sup>16</sup> da receita unitária dos planos médicos, indica que o tíquete médio dos planos médicos cresceu de uma razão, em 2001, de mais 6 vezes o dos planos exclusivamente odontológicos para mais de 12 vezes. O valor do tíquete médio estimado para os planos médicos, em 2012, foi de R\$ 1,93 mil ao ano. O crescimento anual dos planos médicos desconsideradas as Autogestões foi de 8%, enquanto para os planos exclusivamente odontológicos foi de 1%, sendo no primeiro caso próxima e no segundo caso bastante inferior à inflação brasileira no período.

## b) Reajustes

Nos planos novos, aqueles contratados posteriormente à Lei 9.656/98, as Operadoras são livres para estabelecer seus preços de venda, desde que respeitadas algumas regras, enquanto para os reajustes é necessária autorização da ANS no caso dos planos individuais.

A metodologia aplicada pela ANS para obter o índice de reajuste máximo a ser aplicado nos planos médicos contratados por pessoas físicas tem sido a mesma desde 2001<sup>17</sup>, calculada<sup>18</sup> com base na média dos percentuais de reajuste do mercado coletivo, considerado como parâmetro (benchmark) por sua maior dinâmica concorrencial. Em 2010, a ANS criou um Grupo Técnico, com ampla participação do setor, para estudo de um novo modelo de reajuste. O objetivo foi delinear uma fórmula capaz de medir a variação de custos, levando-se em conta a necessidade de contemplar a heterogeneidade do mercado e, principalmente, aumentar a eficiência do setor, podendo estar associado à qualidade dos serviços oferecidos ao consumidor. Uma das opções debatidas foi a regionalização do índice. No entanto, não houve alteração no modelo, considerando, entre outras coisas, a necessidade de aprimoramento dos estudos e que a regionalização acarretaria elevada diferença entre regiões, onerando especialmente as de menor poder aquisitivo (ANS, 2011).

Há no Brasil diversos estudos empíricos que colocam em questão o índice de reajuste da ANS ao compará-lo com índices de preços, como Saintive e Chacur (2006), Ocké-Reis e Cardoso (2006), Teixeira (2006) e Idec (2006). Noutra perspectiva, com base na teoria de

---

discriminada no Plano de Contas da ANS, a agência não disponibiliza os demonstrativos contábeis suficientemente desagregados de forma que seja possível identificar a segregação dos valores por tipo de plano.

<sup>13</sup> Também denominado de tíquete médio, corresponde ao indicador das receitas de contraprestações efetivas sobre a quantidade de beneficiários.

<sup>14</sup> desconsideradas as Autogestões que possuem limitações nesses dados de receitas.

<sup>15</sup> A taxa de inflação, medida pela taxa de crescimento anual do número índice, de 2001 a 2012, foi de 6,4% para o IPCA/IBGE e de 8,1% para o IGP-M/FGV.

<sup>16</sup> Como a informação da receita unitária das operadoras exclusivamente odontológicas necessariamente coincide com a receita unitária de seus planos exclusivamente odontológicos, podemos estimar a participação desses planos em relação às contraprestações efetivas do mercado. Para tanto, adotamos a hipótese de que o valor da contraprestação efetiva por beneficiário desses planos seria o mesmo nas operadoras médicas. Desse modo, estimamos a distribuição das contraprestações efetivas. O cálculo do indicador para as Operadoras Médicas desconsidera as Autogestões, que apresentam limitações nas informações das receitas.

<sup>17</sup> A exceção foi somente o primeiro reajuste autorizado pela ANS, em 2000, em que foi estabelecido um índice único de 5,42%, calculado considerando 25% do IPCA-Brasil e 75% do grupo IPCA-SP, excluído o item de Cuidados Pessoais e acrescido do impacto do COFINS e alguns resíduos.

<sup>18</sup> Após um tratamento estatístico e a partir de um porte mínimo de beneficiários (em 2012 foi de 30 beneficiários).

números-índice e na metodologia utilizada pelo IBGE para a evolução dos custos da construção civil (SINAPI), Leal e Matos (2008b) mostram que os índices de reajuste da ANS são índices de valor, e não índices de preço *stricto sensu*, uma vez que consideram efeitos de: i) aumento de preços; ii) variação da frequência de utilização; iii) introdução de novas tecnologias. Paralelamente, as variações decorrentes da mudança de faixa etária dos beneficiários seguem dinâmica própria.

De fato, reajustes de planos de saúde com regime de financiamento mutualista, como é o caso no Brasil, tem natureza conceitual de variação de valor, posto que consideram variações de preços e de quantidades. No caso brasileiro, a evolução das mensalidades de planos de saúde reflete não somente o índice de reajuste definido pela ANS, mas também variações por mudança de faixa etária, cujos impactos efetivos nas mensalidades não são divulgados pela ANS. Considerando o período até 2007, Leal e Matos (2008b) mostram que, como esperado, as variações de mensalidade dos planos individuais (reajuste acrescido da variação por faixa etária) foram no geral superiores aos principais índices de preços e relativamente próximos da variação do PIB nominal, a principal referência de índice de valor da economia.

A presente investigação estimou a variação por faixa etária<sup>19</sup>. A Tabela 1 mostra que a variação consolidada de indicadores relacionados ao índice da ANS e da variação de mensalidades dos planos individuais (cuja medição deve considerar o índice da ANS acrescido da variação de faixa etária).

Destaca-se que a variação geral do índice de ANS, em torno de 8% a.a., tem sido próxima aos principais índices de preço da economia, sendo superior a do IPCA e inferior a do IGP-M. Quanto à nossa estimativa de variação de mensalidades dos planos individuais, de cerca de 10,8% a.a., tem sido, como esperado, superior ao IPCA e IGP-M, e, além disso, inferior à variação do PIB nominal.

**Tabela 1: Variação anual de indicadores e dos reajustes de planos de saúde individuais**

Índice (%)	2000	2012	Var. anual
IPCA	6%	6%	6,5%
IGP-M	10%	8%	8,4%
PIB Real (1)	4%	1%	3,4%
PIB Nominal (2)	11%	6%	11,5%
Índice ANS (3)	5%	8%	8,0%
Planos individuais (4)	8%	11%	10,8%

Fonte: Elaboração própria, com base em IPEAdata e ANS.

Nota: (1) Fonte: IPEAdata, PIB - var. real anual (IBGE/SCN 2000 Anual); (2) Elaborado com base em IPEAdata: PIB - R\$ (IBGE/SCN 2000 Anual); (3) Índice da ANS para reajuste dos planos individuais, cujo período de aplicação é, em regra geral, a partir do mês de maio do ano de referência até abril do ano subsequente; (4) Elaborado com base na ANS: nas regras de faixa etária da RN 63/2003 e informações de Beneficiários para o mês de junho de cada ano.

<sup>19</sup>Com base na metodologia utilizada por Leal e Matos (2008a). Para tanto, considera-se que todos os planos individuais aplicam suas variações de faixa etária no limite estabelecido pela ANS (RN 63/2003). Foi utilizada a distribuição de beneficiários dos planos individuais segundo os intervalos de faixa etária de reajuste, com a hipótese de distribuição proporcional por cada ano compreendido neste intervalo. Desse modo, foi estimado o número de beneficiários das idades limítrofes em cada uma das faixas etárias, e daí aplicado o reajuste ao qual estaria submetida. Por fim, foi calculado o impacto médio anual desses reajustes sobre os beneficiários de planos individuais.

A variação de mensalidades dos planos médicos individuais contratados após a vigência do marco regulatório, como visto, de cerca de 10,8% a.a., é superior àquela mostrada referente à receita unitária dos planos médicos, que incluem não somente os planos individuais, mas também os planos coletivos, os planos antigos e também as variações em função de novas aquisições de planos<sup>20</sup>. Relativamente aos planos individuais novos, nos planos coletivos é esperada taxa de variação anual próxima, uma vez que são a referência para o cálculo do índice para a ANS. Por sua vez, nos planos antigos, não sujeitos ao marco regulatório e às atualizações do Rol de Procedimentos da ANS, é possível que as taxas de variação sejam inferiores. Além disso, no caso dos preços de venda dos novos contratos, não foi possível evidenciar com os dados divulgados pela ANS, constituindo uma possível agenda de pesquisa para o futuro.

### c) Co-pagamentos dos beneficiários

Alguns dos mecanismos que as Seguradoras utilizam para a regulação financeira (coobrigações) da utilização dos beneficiários, como franquia e co-participação, foram permitidos pelo marco regulatório da saúde suplementar, devendo respeitar algumas normas, previstas na Resolução CONSU n. 8/1998: i) não podem implicar desvirtuamento da livre escolha do beneficiário; ii) é vedada cobrança que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário ou fator restritivo severo ao acesso do serviço; e iii) proibido, no caso de internação, fator moderador na forma de percentual por evento, à exceção das definições específicas em saúde mental<sup>21</sup>.

A própria ANS<sup>22</sup> manifestou a identificação de problemas nesses mecanismos de fator moderador em termos de práticas abusivas das operadoras, com o estabelecimento de fatores que são severamente restritivos do acesso aos procedimentos ou que se aproximam de seu financiamento integral. Entretanto, sob o argumento da necessidade de aprofundar os estudos, a ANS decidiu não publicar norma sobre o assunto<sup>23</sup>, permanecendo os problemas mencionados<sup>24</sup>. Mais recentemente, foi divulgado, na página da ANS (2013b), que as coobrigações dos beneficiários são um mecanismo de diferenciação entre os planos de saúde, bem como de seus preços, que devem ser observados pelos beneficiários, como exposto:

<sup>20</sup> Uma outra abordagem é a dos componentes dos custos, caracterizados como variações de preços e de quantidades, como ressaltado por Leal e Matos (2009). O índice de preços representa o aumento dos custos unitários, e pode ser determinado principalmente pela inflação dos insumos e pela incorporação tecnológica. O índice de quantidade, por sua vez, representa o incremento de utilização pelos beneficiários, que pode ter relação com algumas categorias de fatores, tais quais: i) sociais, como a popularização dos serviços e a generalização dos procedimentos (num contexto de ampliação dos cuidados para a saúde); ii) demográficos, como aumento da participação dos idosos – que tendem a uma utilização mais intensa – na população; e iii) perfil epidemiológico.

<sup>21</sup> Conforme Resolução CONSU n.8/1998. Franquia é o valor até o qual a operadora não tem responsabilidade pela cobertura, seja no caso de reembolso ou de pagamento à rede credenciada ou referenciada. Co-participação é a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora, referente à realização do pagamento.

<sup>22</sup> Essa problemática foi relatada na Exposição de Motivos da proposta de norma específica sobre os fatores moderadores, por meio de Consulta Pública no último trimestre de 2006.

<sup>23</sup> Conforme Consulta Pública 24 de 2006 da ANS, a proposta era o estabelecimento de limites máximos para os fatores moderadores, de 20% ou 30% do valor do procedimento, excetuando-se o caso de internação em que o limite seria de 10% do custo médio nos últimos quatro trimestres (com base em informações do SIP da operadora) e o caso de internação psiquiátrica em que o limite proposto foi de 30% de coparticipação. Foi proposto também o limite de uma contraprestação mensal para a participação financeira mensal do beneficiário em internações psiquiátricas, sendo o mesmo limite estabelecido para o restante dos procedimentos.

<sup>24</sup> Interessante notar que o Manual da Unimed Brasil de orientação para as operadoras dessa modalidade, na seção sobre registro de produtos, alerta que, a despeito da “definição – informal – na GGEO de que o limite máximo de coparticipação dos usuários é de 30%” (Unimed do Brasil, 2011, p.58), não há norma escrita a respeito, devendo ser observado tão somente o disposto na Resolução CONSU n.8/1998, conforme mencionamos anteriormente. Mais que isso, esse manual da Unimed do Brasil destaca a orientação de que a referência do percentual de coparticipação não é necessária constar nos dispositivos contratuais. Essa orientação, se praticada pelas operadoras, pode ocasionar falta de informação ou outros riscos para o consumidor.

“se a pessoa tem ótimas condições de saúde e só usa o plano eventualmente, o fator moderador pode ser uma opção mais econômica. Por outro lado, se a pessoa é mais idosa ou se tem alguma doença crônica, como diabetes ou hipertensão, ou algum problema de saúde que exija fazer um tratamento constante, é provável que o custo da mensalidade acrescido dos atendimentos realizados no mês seja mais alto e por isso, nesses casos, o mais adequado é optar pela mensalidade sem o fator moderador.” (ANS, 2013b)

Com base nos Demonstrativos Contábeis das Operadoras, para o ano de 2012, foi possível identificar, que o valor de coparticipação em eventos representou pelo menos R\$ 1,9 bi, cerca de 2% das contraprestações efetivas. Entretanto, é provável que o co-pagamento de beneficiários efetivamente realizado seja superior a esse valor, em função das franquias pagas diretamente aos prestadores de serviços e também da problemática de identificação da conta de registro contábil pelas operadoras<sup>25</sup>.

#### 4.4. Destinação dos recursos arrecadados

##### a) Despesas Assistenciais

As despesas assistenciais<sup>26</sup> apresentaram no período em tela crescimento de cerca de 15% ao ano, alcançando cerca de R\$ 80,2 bi em 2012. Esse crescimento foi mais intenso (em 2 p.p. ao ano) nas operadoras exclusivamente odontológicas do que nas operadoras médicas, fato que pode ser atribuído ao maior crescimento desse tipo de operadora nas dimensões de beneficiários e de contraprestações. A despeito da diferença na taxa de crescimento, como as operadoras médicas apresentavam expressiva predominância de participação nas despesas assistenciais, essa participação se manteve em patamares superiores a 98%.

Há uma tendência de que a ampliação do Rol de Procedimentos estabelecido pela ANS ocasione aumento das despesas assistenciais. Segundo a ANS, historicamente o rol não causa um impacto muito elevado nos reajustes, tendo sido o impacto resultante da última revisão do Rol, implementada em 2012, de 0,77%<sup>27</sup>. Entretanto, também pode ocorrer impacto de aumento nos preços de venda, que não foi possível dimensionar a partir das informações disponibilizadas pelas ANS. Como se trata de um assunto relevante, complexo e com poucas informações disponíveis, trata-se de uma importante agenda para pesquisas futuras.

<sup>25</sup>Essas incorreções nos registros contábeis podem ser motivadas pela própria orientação constante na página eletrônica da ANS, bem como pelo fato de não haver conta específica de franquia. Segundo Manual de perguntas e respostas do plano de contas da ANS (2002, p.8), item 41, as coobrigações dos beneficiários nos eventos devem ser registradas na conta 4121 (Recuperação de eventos) ou 41311 (Coobrigações dos beneficiários), não sendo possível distinguir claramente no primeiro caso (conta 412) da classificação de valores de recuperação por motivo de glosa. Esse manual continua sendo referência de informação na página da ANS, entretanto, houve mudança nas contas para classificação de co-pagamentos dos beneficiários. Analisando o plano de contas de 2012, foram identificadas, dentro da mesma categoria 412 na qual também são classificadas as glosas, contas específicas para registro de valores de coobrigações dos beneficiários: 4125 (-) Recuperação/ ressarcimento por coparticipação em eventos / sinistros de assistência médico-hospitalar; 4126 (-) Recuperação/ ressarcimento por coparticipação em eventos / sinistros de assistência odontológica; 4127 (-) Recuperação/ ressarcimento por coparticipação em eventos / sinistros em corresponsabilidade de assistência médico-hospitalar; 4128 (-) Recuperação/ ressarcimento por coparticipação em eventos / sinistros em corresponsabilidade de assistência odontológica. Em 2012, as contas 4121 a 4124, referentes a glosa, totalizaram mais de 6,2 bi, cerca de 6,5% das contraprestações. Ferreira (2013), ao analisar a contabilização de glosas pelas operadoras, identificou que não há distinções relevantes entre rede própria e credenciada, diferentemente do esperado, bem como elevado percentual das glosas em relação as despesas totais, como no caso das Seguradoras com 19% em 2012. Além disso, esse autor identificou diversas inconsistências, inclusive glosas superiores a própria despesa, no caso do valor faturado de consultas médicas (Ferreira, 2013, p.163).

<sup>26</sup> Definidas pela ANS como a soma das despesas relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde. Esses dados estão disponíveis em publicações da ANS somente a partir de 2003. Para a apresentação de informações a partir de 2001, primeiro ano com informações contábeis das operadoras apresentadas à ANS, foi realizada consulta no sistema ANS Tabnet.

<sup>27</sup>De acordo com o Gerente Geral de Estruturas e Operações de Produtos da ANS, em entrevista ao jornal O Liberal, constante do clipping da ANS: <http://www.clipnaweb.com.br/ans/consulta/materia.asp?mat=8325&cliente=ans&>

As operadoras exclusivamente odontológicas, com níveis de sinistralidade em torno de 50%, bastante inferiores aos daqueles das operadoras médicas, apresentaram pequena redução dessa taxa. Esses resultados podem ser associados a uma menor complexidade de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos, bem como ao expressivo crescimento de beneficiários desse segmento, propiciando a diluição do risco e, em especial, como neste caso o crescimento foi mais expressivo no caso dos planos coletivos empresariais, podem proporcionar a redução da proporção de usuários que contratam com o propósito de utilizar o mais brevemente a cobertura, ou seja, mitigar o problema da seleção adversa. Por sua vez, as operadoras médicas apresentaram crescimento da sinistralidade, se situando, com alguma oscilação, com sinistralidade em torno de 80% e um aumento mais intenso em 2012 atingindo 85%.

#### b) Ressarcimento ao SUS

A despeito da ampliação da cobertura dos planos de saúde advinda com a regulação, segundo Bahia e Scheffer (2008, p.541), determinados procedimentos assistenciais, como os de saúde mental e alguns de alto custo, têm sua realização primordialmente nos serviços públicos<sup>28</sup>. Isso ocorre em um contexto em que a ANS vem enfrentando algumas dificuldades para a cobrança do ressarcimento ao SUS. A primeira dificuldade advém da operacionalização da cobrança que depende de cruzamento de informações. Em função disso, a ANS definiu, em 2008, que esse processo deverá ser realizado por meio eletrônico, entretanto, ao final de 2012 havia pendências de sistemas para essa implantação (ANS, 2013i). Identificados os atendimentos do SUS com cobertura contratual das operadoras, a ANS notifica as operadoras a respeito dos valores a serem ressarcidos. A segunda dificuldade ocorre em função da oposição das operadoras a essa cobrança, por meio de recursos no âmbito administrativo ou judicial. No campo judicial, houve a tentativa, das operadoras, de suspensão desse dispositivo legal por inconstitucionalidade, entretanto, essa liminar não foi concedida pelo pleno do STF<sup>29</sup>.

O processo de ressarcimento foi objeto de auditoria do TCU, em 2008, que identificou que a ANS somente considerava o ressarcimento dos procedimentos ambulatoriais quando realizados em internações hospitalares. O TCU (2012) aponta que os valores passíveis de ressarcimento dos atendimentos ambulatoriais de alta complexidade (as chamadas APAC) representavam mais de quatro vezes do que era então efetivamente ressarcido por meio das cobranças das autorizações de internações hospitalares (AIH), já considerando o significativo percentual de impugnações consideradas procedentes. Em função disso, o TCU estabeleceu a determinação para a ANS, a partir de 2009, passar a processar também o batimento das APAC e apresentar um cronograma para proceder ao batimento das APAC desde o início do processamento do ressarcimento pela ANS, a partir da vigência da Lei 9.656/98.

Em 2011, o Ministro da Saúde anunciou<sup>30</sup> que a ANS irá passar a cobrar o ressarcimento das APAC, que incluem quimioterapia (tratamento de câncer), procedimentos da saúde mental e atendimento em Hospital Dia. Entretanto, ao final de 2012 não havia sido concluído o projeto de implantação do ressarcimento das APAC pela ANS (ANS, 2013i). Em outubro de 2012, o TCU (2012) se posicionou em relação ao acompanhamento da questão, reiterando a determinação de processamento das APAC. De qualquer forma, o TCU

<sup>28</sup> Marinho e Ocke-Reis (2011) também apresentam informações de atendimentos pelo SUS sem ressarcimentos dos planos de saúde, bem como analisam as implicações para o SUS de diversos subsídios governamentais ao setor privado na saúde.

<sup>29</sup> Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 1.931, ajuizada pela Confederação Nacional da Saúde (CNS), que congrega interesse de prestadores privados e de operadoras.

<sup>30</sup> Conforme noticiado, acesso em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/08/planos-de-saude-terao-que-ressarcir-sus-por-atendimento-de-alto-custo>

identificou que suas determinações, que envolveram outras medidas, incrementaram os valores de ressarcimento obtidos em 2011, que alcançaram R\$ 82,8 milhões. De fato esse valor representa um significativo aumento, uma vez que, segundo informações da ANS, o total de ressarcimento de 2000 a 2010 havia sido de cerca de R\$ 125 milhões. Em 2012, o valor de ressarcimento, segundo a ANS, se situou em patamar próximo, mas um pouco inferior ao ano anterior, alcançando R\$ 71,4 milhões, valor que corresponde a um percentual muito reduzido, inferior a 0,1%, das contraprestações efetivas desse ano. De qualquer forma, isso não diminui a importância dessa agenda regulatória, uma vez que, para além da arrecadação de recursos para a administração pública, constitui um mecanismo de indução para as reguladoras constituam capacidade de atendimento na sua rede ou remunerem adequadamente os serviços do SUS.

#### c) Índice Combinado

O índice combinado é um indicador tradicionalmente utilizado no mercado de seguros, composto pela razão que tem no numerador a soma das despesas comerciais e administrativas e assistenciais (eventos indenizáveis líquidos), sendo considerado no denominador as contraprestações efetivas. Para a estimativa desse indicador, foram considerados os valores das contraprestações efetivas e da sinistralidade apresentados anteriormente, bem como calculado o valor dos outros componentes de despesa com base nas informações disponíveis das demonstrações contábeis das Operadoras.

Os dados contábeis de 2001 indicam despesas administrativas bastante representativas, representando mais de 10% das contraprestações efetivas, e despesas comerciais pouco expressivas, no percentual de 2%. Com isso, o índice combinado estimado para 2001 totalizou 94%. Os resultados de 2012 indicam pesos superiores dessas três contas de despesas, totalizando um índice combinado superior a 100%.

Tal resultado é atenuado mediante outras fontes de arrecadação de recursos das Operadoras que não são evidenciadas no Índice Combinado. Por exemplo, o resultado financeiro das operadoras, que em 2001 era praticamente nulo, em 2012 tem relativa importância e passa a representar cerca de 4% das contraprestações. Com o valor do resultado financeiro, é possível calcular o Índice Combinado Ampliado, que tem no numerador a soma das três mencionadas despesas e no denominador a soma das contraprestações efetivas com o resultado financeiro. No caso desse último índice, o resultado é inferior a 100%.

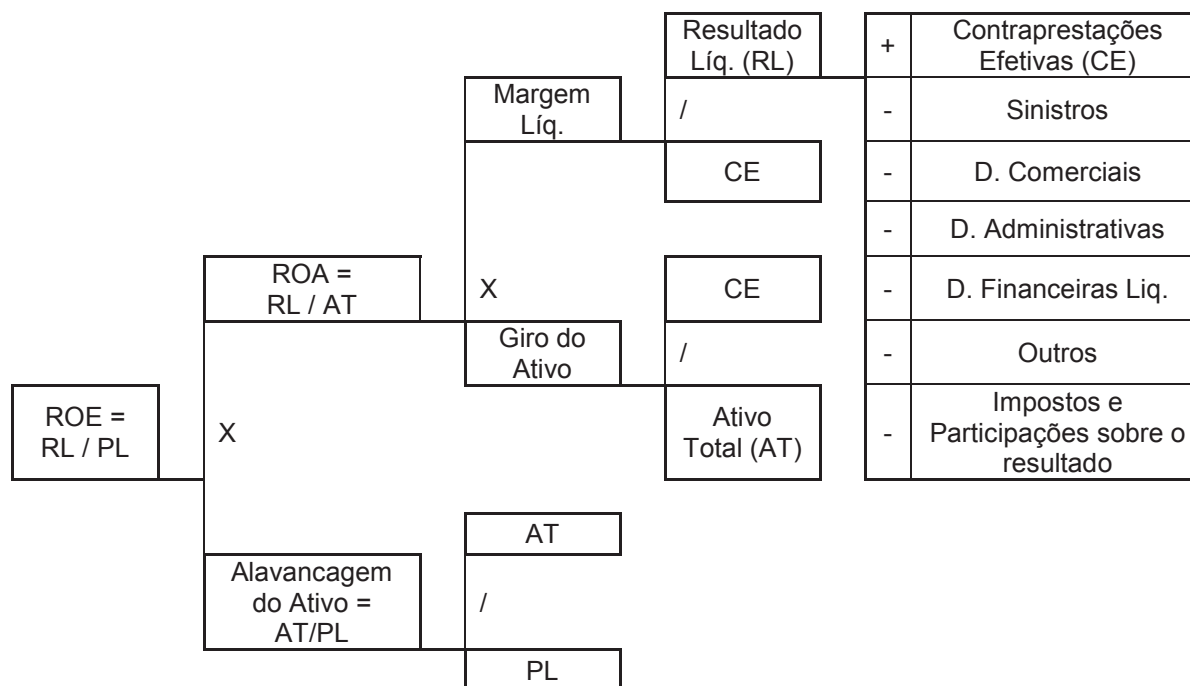
#### d) Rentabilidade

Para as estimativas de rentabilidade, o ponto de partida será a averiguação da destinação dos recursos arrecadados, utilizando o marco metodológico das Finanças Corporativas e da Contabilidade. Para tanto, foi elaborado um modelo adaptado para o caso das Operadoras no Brasil, com base no Sistema DuPont, que, como mostrado na Figura 1, decorre da possibilidade de decomposição da rentabilidade, em sucessivas fórmulas de desdobramento (Gitman, 2005).

A análise da rentabilidade irá considerar as suas duas medidas tradicionais na literatura (Marion, 2002): a) A rentabilidade sobre o patrimônio líquido, com uso difundido do termo em inglês *Return on Equity* (ROE); e b) a rentabilidade sobre o ativo total, com uso difundido do termo em inglês *Return on Assets* (ROA). A ROA trata da perspectiva da empresa, quando medida na sua forma líquida, essa rentabilidade pode ser interpretada analiticamente por meio do seu desdobramento em dois componentes, análogos a preço e quantidade, respectivamente: a margem líquida e o giro do ativo (Marion, 2002, p.170).

A ROE trata da perspectiva do investidor. Quando medida na sua forma líquida, essa rentabilidade pode ser desdobrada no ROA e na alavancagem (Gitman, 2002). Com isso, temos que o ROE pode ser dividido em três partes, representativas das seguintes dimensões (Gitman, 2005): i) eficiência operacional (margem líquida), ii) eficiência no uso dos ativos (giro do ativo total) e iii) uso da alavancagem (multiplicador de alavancagem financeira).

**Figura 1: Decomposição da rentabilidade segundo modelo adaptado às Operadoras de planos de saúde no Brasil**



Fonte: Elaboração Própria, com base no Sistema DuPont e no Plano de Contas Padrão da ANS.

Com base nas informações contábeis, consideradas as Operadoras em funcionamento e com informações consistentes, foram calculados, para cada operadora, os indicadores de rentabilidade (e seus componentes) conforme o modelo apresentado, e, em seguida, a mediana para cada indicador segundo o conjunto de operadoras de cada modalidade, como mostrado na Tabela 2.

**Tabela 2: Mediana dos indicadores de decomposição da rentabilidade, por tipo de Operadora – 2001 e 2012.**

Ano	Tipo de Operadora	ROE	Alavanca gem	ROA	Giro do Ativo	Margem Líquida
2001	Excl. Odont.	1,2%	1,4	0,4%	0,22	2,8%
	Médica	1,0%	2,0	0,3%	0,22	1,5%
	Total	1,1%	1,8	0,3%	0,22	1,7%
2012	Excl. Odont.	13,0%	2,0	5,4%	2,35	2,5%
	Médica	9,9%	2,5	2,8%	1,64	1,9%
	Total	10,5%	2,3	3,3%	1,79	2,0%

Fonte: Elaboração própria, com dados dos Demonstrativos Contábeis.

A rentabilidade sobre o patrimônio líquido (ROE) em 2012 superou em mais de oito vezes aquela do início do século XXI, considerada a mediana das Operadoras em funcionamento. Esse crescimento se deu principalmente em função do aumento da mediana

do indicador rentabilidade sobre o ativo (a ROA - que em 2012 superou em mais de nove vezes a medida de 2001), uma vez que seu outro componente, a alavancagem do ativo, teve pequena variação (de cerca de 1/3), na direção esperada de ampliação, dada a elevação das provisões frente às exigências regulatórias. Por sua vez, o crescimento da ROA se deu principalmente em função do aumento do seu componente de volume (o Giro do Ativo - que em 2012 superou em mais de sete vezes a medida em 2001), uma vez que o componente da margem líquida teve pequeno aumento (de cerca de 1/6).

As Operadoras Médicas possuem resultados bastante próximos ao quadro geral, conforme esperado, uma vez que esse tipo de operadora representa a maior parte dos valores financeiros. Por sua vez, as Operadoras Exclusivamente Odontológicas, apresentam maior rentabilidade em termos de ROA e ROE, e também em termos da margem líquida, embora esse último indicador seja o único a apresentar queda relativamente a 2001, mais que compensada pelo aumento no volume de contratos (dado que o Giro do Ativo em 2012 superou em mais de nove vezes a medida de 2001).

## **5. Considerações Finais**

A análise dos resultados econômicos do mercado de planos de saúde no Brasil permite evidenciar mudanças relevantes no período após a implantação do marco regulatório específico do setor.

Uma primeira possível estratégia das Operadoras seria o aumento de preços. Observou-se, nos planos médicos, o crescimento do indicador de receita de contraprestações efetivas por beneficiário, com taxas próximas a da inflação, indicando uma relativa estabilidade em termos reais. Nesse conjunto, destacaram-se os planos individuais novos, objeto de regulação mais intensa pela ANS, com reajustes superiores à inflação e quase no patamar da taxa de crescimento do PIB nominal. No caso das Operadoras Exclusivamente Odontológicas, com menor complexidade de custos e regulatória, a taxa de crescimento das contraprestações efetivas por beneficiário foi bastante inferior à inflação.

No geral, as mensalidades arrecadadas representam praticamente o valor das contraprestações efetivas, sendo as primeiras ligeiramente superiores em função do acréscimo de pequenos valores destinados às provisões técnicas, aos tributos diretos e às receitas com administração de planos. Dentre esses, foi evidenciado o aumento, esperado frente à regulação prudencial, da importância da destinação de recursos para as provisões técnicas, atingindo cerca de 1,3% das contraprestações efetivas.

Nesse cenário, destaca-se como estratégia o alcance de outras fontes de arrecadação de recursos pelas Operadoras, com destaque para as receitas financeiras. Esse fenômeno ocorre em um contexto de aumento do fluxo de provisões técnicas e dos fundos de recursos das operadoras. A conta de resultado financeiro do agregado desse mercado deixou de ser negativa e passou a ser positiva representando mais de 4% das mensalidades. Além disso, quando observadas somente as Operadoras em atividade e desconsideradas aquelas com informações inconsistentes, houve aumento da importância, representando mais de 3% das mensalidades, do resultado de outras atividades, incluindo a prestação de serviços de saúde para outras Operadoras e para o SUS.

Uma segunda possível estratégia das Operadoras seria a redução do custo operacional. Observou-se, nas Operadoras Médicas, crescimento da sinistralidade, enquanto as Operadoras Exclusivamente Odontológicas tiveram pequena queda nesse indicador, possivelmente associada com o expressivo crescimento de beneficiários desse segmento, em especial nos



planos coletivos empresariais, com menor risco de seleção adversa. Por sua vez, no que se refere à nova despesa de ressarcimento ao SUS, frente às dificuldades da sua operacionalização pela ANS, representou valor muito reduzido, inferior a 0,1% das contraprestações efetivas em 2012.

Quanto às despesas comerciais e administrativas, houve, no geral, aumento da sua importância relativamente às contraprestações efetivas, não corroborando a hipótese de aumento da eficiência do mercado. Entretanto, quando observadas somente as Operadoras em atividade e desconsideradas aquelas com informações inconsistentes, foi observada redução (em 4 p.p.) na importância das despesas administrativas relativamente às contraprestações efetivas.

Uma terceira possível estratégia das Operadoras seria a diminuição do risco da carteira. Apesar das limitações regulatórias para a discriminação de risco dos indivíduos, há possibilidades de seleção de risco da carteira por meio dos tipos de planos.

Em primeiro lugar, destaca-se o crescimento mais intenso dos planos odontológicos, que apresentam menor complexidade de custos e regulatória, relativamente aos planos médicos. Os planos odontológicos, que possuíam, no início do século XXI, participação pouco expressiva, inferior a 10%, ultrapassaram 25% do quantitativo total de beneficiários de planos de saúde em 2012.

Em segundo lugar, destaca-se, relativamente aos planos individuais que são regulados de forma mais intensa, o crescimento superior dos beneficiários dos planos coletivos, nos dois segmentos de assistência, médica ou odontológica. Quando considerados somente os planos médicos novos, os planos coletivos ampliaram sua participação de cerca de 66% para 80% do mercado. Particularmente os planos médicos novos do tipo de contratação coletivo por adesão apresentaram crescimento superior ao tipo de contratação individual, mas inferior aos coletivos empresariais, com a particularidade de que a trajetória dos coletivos por adesão, de crescimento nominal, foi invertida para queda a partir de 2009, ano em que a ANS estabeleceu requisitos específicos para sua contratação, visando resolver o problema dos falsos planos coletivos, aqueles que não representam, de fato, o interesse de seus beneficiários.

Quando observados somente os planos odontológicos novos, o tipo de contratação coletivo ampliou sua participação de 78% para 83% do mercado, com crescimento superior ao tipo de contratação individual. Entretanto, considerado o período a partir do final de 2004, os planos coletivos tiveram crescimento inferior ao dos planos individuais, cabendo registrar que no primeiro semestre de 2005 a ANS flexibilizou a regra de reajuste para os planos individuais, enquanto os planos coletivos sempre foram dispensados desse tipo de regulação. Quanto aos planos odontológicos novos do tipo de contratação coletivo por adesão, considerado todo o período de análise, apresentaram crescimento inferior ao dos coletivos empresariais e dos individuais e, além disso, sua trajetória de crescimento nominal foi interrompida a partir 2009, ano em que a ANS estabeleceu requisitos específicos para esse tipo de contratação, configurando nesse caso tendência similar à observada no segmento de assistência médica.

A presente pesquisa foi concebida com um escopo delimitado, sendo possível identificar possibilidades de pesquisas futuras.

Os dados disponíveis não possibilitaram a análise das receitas, despesas e resultados econômicos segundo tipo de contratação individual ou coletivo, que possuem importante

distinção em termos de regulação. Além disso, como indicado na literatura, é pertinente o estudo da variabilidade segundo o porte das Operadoras, medido tradicionalmente pela ANS em termos do quantitativo de beneficiários, mas que pode oportunamente ser analisado em termos de volume de faturamento. Outra perspectiva de análise pertinente para desvendar as desafiadoras questões enfrentadas pela regulação seria o estudo individual de Operadoras emblemáticas, já realizado na literatura para algumas empresas, de qualquer forma, dada a variedade de instituições no setor, trata-se ainda de um campo vasto de oportunidades inovadoras de pesquisa.

Em relação ao objeto dos resultados econômicos, é somente um dos temas pertinentes na análise econômica do setor, dentre os quais também é pertinente o estudo do padrão de financiamento e da estrutura de endividamento das Operadoras, bem como da sua liquidez e situação financeira. Além disso, também oferece questões relevantes o estudo das estratégias de venda de novos produtos pelas operadoras, em termos de diferenciação dos planos de saúde, principalmente por meio da rede credenciada, e em termos dos preços nas tabelas de venda.

Quanto ao objeto da regulação, a pesquisa possibilitou identificar desafios regulatórios, temática relevante para o aprofundamento em futuras pesquisas. A regulação prudencial, a despeito dos avanços realizados, requer atenção, dado o quantitativo de empresas que não atendem integralmente os parâmetros da regulação para as provisões técnicas e, principalmente, os ativos garantidores. A implantação, pela ANS, do ressarcimento das Operadoras ao SUS ainda se situa num nível incipiente e, como aponta o TCU, requer avanços.

Por sua vez, o propósito anunciado na implantação da ANS de uma regulação preocupada com os segmentos mais expostos a problemas não se mostrou suficiente para solucionar questões como, por exemplo, a oferta de falsos planos coletivos. Além disso, a prática de co-pagamentos dos usuários deve ser objeto de maior atenção da regulação, a fim de mitigar o risco de gastos catastróficos pelas famílias, dada a essencialidade da saúde. Ademais, os planos de saúde antigos, aqueles não abarcados pela regulação, ainda representam 15% do mercado dos planos médicos, com 7,1 milhões de beneficiários, sendo 1,5 milhões nos planos individuais.

Por fim, destacamos a importância do debate, mais abrangente, das políticas públicas relacionadas ao setor da saúde suplementar, tais como a da defesa da concorrência e a do financiamento dos investimentos. Nesse âmbito, destaca-se a política de benefícios tributários, historicamente relevante para a trajetória do setor, e marcada atualmente por deduções fiscais para gastos com planos de saúde para pessoas físicas e pessoas jurídicas.

## **Referências Bibliográficas**

- ANS (2002b). Perguntas e respostas sobre plano de contas. 28/11/2002.
- ANS (2012a). Painel de precificação – Planos de Saude – 2012.
- ANS (2012b). Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar – 2012. Ano 8 (jul. 2013).
- ANS (2012e). Anuário 2012 - Aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde. Rio de Janeiro: ANS.
- ANS (2013c). Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar. 4º trimestre de 2012.

- ANS (2013d). Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Março de 2013.
- ANS (2013e). Foco Saúde Suplementar. Março de 2013.
- ANS (2014). Nota Técnica - Beneficiários. ANS Tabnet - Informações em Saúde Suplementar.
- Bussab, WO; Morettin, P.A (2006). Estatística Básica. Editora Saraiva.
- Santos, Fausto P.; Malta, D. C.; Merhy, E.E. (2008). A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.5, Oct.2008.
- Costa, N.R.; Castro, A.J.W. (2003). Regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência a saúde no Brasil. In: ANS (2003). Documentos Técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003.
- Costa, Nilson R. (2008). O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1453-1462.
- Fernandes, E.; Capobianco, H.M.P.; Ignácio, A.A.V.; Sampaio, L.M.D. (2003). “Mercado Operador da Saúde Suplementar”. Fórum de Saúde Suplementar da ANS.
- Ferreira, Denilson Q. G. (2013). Os determinantes da integração vertical na saúde suplementar segundo a teoria dos custos de transação. Tese (Doutorado em Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento), IE, UFRJ.
- Gitman, Lawrence J. Princípios de Administração Financeira. 2002. 7a Ed. São Paulo.
- Guimarães, André L.S., Nossa, Valcemiro. (2010). Working capital, profitability, liquidity and solvency of healthcare insurance companies. *BBR - Brazilian Business Review*. maio-agosto, 37-59.
- IDEC (2013). Saúde não é o que interessa - basta fazer as contas. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC).
- Kudlawicz, Claudineia (2013). Um estudo sobre o impacto no nível de rentabilidade das organizações operadoras de planos de saúde em função de seu perfil. Dissertação de Mestrado em Contabilidade, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da UFPR.
- Leal, Rodrigo Mendes (2014). O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde. Tese de doutorado do Programa de Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento, do Instituto de Economia da UFRJ.
- Leal, Rodrigo Mendes; Matos, João Boaventura Branco (2008a). Planos de saúde de assistência médica no Brasil: uma avaliação da regulação econômica dos produtos. *Res Pvblica*, v. VI, p. 79-104, Jan/Jun, 2007b.
- Leal, Rodrigo Mendes; Matos, João Boaventura Branco (2008b). “Planos de saúde no Brasil no período pós-regulação: uma análise do perfil de beneficiários e dos aspectos econômicos segundo tipo de contratação”. II Prêmio de Saúde Coletiva do IESC/UFRJ.
- Matos, Joao B.B. (2011). As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social - IMS/UERJ.
- Marion, JC (2002). Análise das Demonstrações Contábeis - Contabilidade Empresarial. 2a Ed. Sao Paulo: Ed. Atlas.

Sampaio, L.M.D. (2008). Análise e classificação das operadoras da saúde suplementar. 2008. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - UFRJ.

Santos, Fausto P.; Malta, D. C.; Merhy, E.E. (2008). A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.5, Oct.2008.

Santos, Maria Angélica B.; Gerschman, Silvia. “Segmentations of health service supply in Brazil: institutional arrangements, creditors, payers and providers”. *Ciênc. Saúde Coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004.

Soares, Maria Aparecida (2006). Análise de indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileiras: uma aplicação da análise fatorial. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – USP.

TCU (2012). Acórdão AC-2879-42/12-P. Plenário, de 24/10/2012. Processo n. 009.174.2012-5.

Unimed do Brasil (2011). Manual de Regulamentacao dos planos de saude (Aprovado durante o 20 Seminario Juridico, Contabil, Atuarial e Financeiro). Atualizado em 3/junho/2001.

Veloso, Germany G.; Malik, Ana Maria. (2010). Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. *RAE eletrônica*, 9(1).

Vieira, Cristine; Costa, Nilson R. (2007). O modelo organizacional dos Planos de Saúde Odontológicos no Brasil. Encontro da ABRES, 2007.