

FACULDADE FIPECAFI

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM

CONTROLADORIA E FINANÇAS

MARCIO LUIZ ONIDA DE ARAUJO

**Impactos da Covid-19 nas demonstrações financeiras das Operadoras de Plano de Saúde
(OPS) de grande porte no Brasil**

SÃO PAULO

2022

MARCIO LUIZ ONIDA DE ARAUJO

**Impactos da Covid-19 nas demonstrações financeiras das Operadoras de Plano de Saúde
(OPS) de grande porte no Brasil**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Controladoria e Finanças da Faculdade FIPECAFI para a obtenção do título de Mestre Profissional em Controladoria e Finanças.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Lopes da Silva

Coorientador: Prof. Dr. Samuel de Oliveira Durso

SÃO PAULO

2022

FACULDADE FIPECAFI

Prof. Dr. Edgard Bruno Cornacchione Jr

Diretor Presidente

Prof. Dr. Fernando Dal-Ri Murcia

Diretor de Pesquisa

Prof. Dr. Andson Braga de Aguiar

Diretor Geral de Cursos

Prof. Dr. Paschoal Tadeu Russo

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Controladoria e Finanças

Catálogo na publicação

Serviço de Biblioteca da Faculdade FIPECAFI

Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis Atuárias e Financeiras (FIPECAFI)

Dados fornecidos pelo (a) autor (a)

A663i Araujo, Marcio Luiz Onida de.

Impactos da Covid-19 nas demonstrações financeiras das Operadoras de Plano de Saúde (OPS) de grande porte no Brasil. /Marcio Luiz Onida de Araujo. -- São Paulo, 2022.

113 p. il. Col.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Mestrado Profissional em Controladoria e Finanças – Faculdade FIPECAFI Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis Atuárias e Financeiras

Orientador: Prof.^a Dr.^a Fabiana Lopes da Silva.

Coorientador: Prof. Dr. Samuel de Oliveira Durso.

1. COVID-19. 2. Demonstrações financeiras e divulgações. 3. Desempenho operacional e financeiro. 4. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). 5. Operadoras de Planos de Saúde. I. Prof.^a Dr.^a Fabiana Lopes da Silva. II. Título.

657.3

Bibliotecária: Greicyene Hamaguchi Ueki CRB-8/10667

MARCIO LUIZ ONIDA DE ARAUJO

Impactos da Covid-19 nas demonstrações financeiras das Operadoras de Plano de Saúde (OPS) de grande porte no Brasil

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Controladoria e Finanças da Faculdade FIPECAFI, para a obtenção do título de Mestre Profissional em Controladoria e Finanças.

Aprovado em: 28 /09/ 2022

Profa. Dra. Fabiana Lopes da Silva

Faculdade FIPECAFI

Professora Orientadora – Presidente da Banca Examinadora

Prof. Dr. Samuel de Oliveira Durso

Faculdade FIPECAFI

Professor Coorientador

Prof. Dr. George André Willrich Sales

Faculdade FIPECAFI

Membro Interno

Prof. Dr. Jorge Andrade Costa

UNIFESP

Membro Externo

SÃO PAULO

2022

Dedico este estudo ao meu Pai e minha Mãe, por mostrarem a importância dos estudos e a formação profissional na minha vida. Todo o meu carinho e respeito a vocês.

AGRADECIMENTOS

A DEUS em primeiro lugar, portanto, agradeço à ELE, por mais esta etapa em minha vida, por proporcionar a mim um desejo antigo se tornar realidade. Agradeço especialmente a minha família; a minha mãe, com seu DNA de professora, me mostrando o valor da educação na vida das pessoas; a minha amada esposa, pela paciência e compreensão nesta nova jornada; e a todos os amigos próximos que sempre me incentivaram para a conclusão do Mestrado.

Meus sinceros agradecimentos ao Prof. Dr. Samuel de Oliveira Durso, com quem eu tive o prazer de começar este estudo, por sua paciência e perfeita troca de conhecimento, e à Profa. Dra. Fabiana Lopes da Silva, por me ajudar na continuidade do estudo, sempre me motivando e compartilhando também seus profundos conhecimentos. Aos Professores da banca, Dr. Jorge Andrade Costa e Dr. George André Willrich Sales, estendo meus agradecimentos pela ajuda e orientações específicas que tanto contribuíram para enriquecer ainda mais o assunto abordado.

Apesar da impossibilidade de conviver em sala, devido ao período de pandemia, agradeço imensamente a todos os colegas de turma, que possibilitaram uma troca de experiências em salas de aulas virtuais, e um agradecimento especial para Eduardo Cambiriba, que foi o meu maior incentivador para ingressar no Mestrado.

E por último, agradeço a todos os professores do curso e à Instituição FIPECAFI, por me capacitarem com diversos novos conhecimentos, e assim contribuírem com a realização desse tão sonhado Mestrado Profissional.

RESUMO

Araújo, Marcio Luiz Onida de. (2022). Impactos da Covid-19 nas demonstrações financeiras das Operadoras de Plano de Saúde (OPS) de grande porte no Brasil. Faculdade FIPECAFI, São Paulo, SP, Brasil.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (Covid-19) constituía uma emergência de saúde pública de importância internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. Além de uma crise de saúde, o impacto dessa pandemia desencadeou uma crise na economia brasileira e mundial, com consequências que superam a grande depressão, em 1929 e a crise brasileira de 2014. Diante desse novo cenário, delimitou-se o objetivo deste estudo, que foi o de identificar os principais impactos da Covid-19 para os resultados operacionais e financeiros das Operadoras de Plano de Saúde (OPS) de grande porte no Brasil nos anos de 2019, 2020 e 2021, através de uma amostragem de **108** OPS. Para isso, o estudo analisou as variações nos principais indicadores operacionais e financeiros das OPS utilizados pelo mercado, para o qual utilizou-se uma análise quantitativa, com realização de análise de estatística descritiva, testes paramétricos e não paramétricos, processados por meio do *software SOFA*, revelando que as OPS sofreram grandes impactos da pandemia em seus desempenhos operacionais e financeiros. Uma outra análise realizada, análise qualitativa, teve como amostragem **286** demonstrações financeiras analisadas dos anos de 2019, 2020 e 2021, com 2 (duas) observações, a primeira, buscou evidenciar se os fatos de maior relevância ocorridos no período pandêmico foram divulgados pelas OPS, e a segunda analisou se nas divulgações das OPS constou alguma informação quanto à adoção das Normas Prudenciais estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os estudos revelaram que as OPS apresentam uma carência na divulgação de informações relevantes, confirmando a falha de comunicação nesse mercado. A troca de informação não está clara e objetiva ao público externo, e principalmente, ao usuário do plano de saúde. Outro ponto revelado na análise qualitativa diz respeito à incapacidade de evidenciar se as OPS adotaram ou não as normas prudenciais da ANS, também por falta de qualidade da divulgação da informação ao mercado. Considerando esses resultados, entende-se que a falha de mercado considerada na divulgação ainda é evidente nas demonstrações financeiras das OPS de grande porte. Ressalta-se, também, que a Covid teve um impacto significativo nos resultados das OPS, demonstrando que as operadoras não estavam preparadas para enfrentar uma pandemia mundial, deixando assim, para o ano de 2022, um futuro cheio de dúvidas quanto à sustentabilidade econômico-financeira do mercado de saúde suplementar, em que a preocupação aumenta devido à continuidade da pandemia, ao surgimento de novas doenças, à crise econômica vivida pelo país e a discussões de pontos específicos do setor.

Palavras-chave: Operadoras de Plano de Saúde; Covid-19; Demonstrações Financeiras; Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Divulgação, Desempenho Operacional e Financeiro.

ABSTRACT

Araújo, Marcio Luiz Onida de. (2022). Impacts of Covid-19 on the financial statements of large Health Insurance Plan (HIP) in Brazil. College FIPECAFI, São Paulo, SP, Brazil.

The World Health Organization (WHO) declared on January 30, 2020 that the outbreak of the disease caused by the new coronavirus (Covid-19) became a public health emergency of international concern – the highest alert level of the Organization, according to the International Health Regulations. On March 11, 2020, Covid-19 was classified by the WHO as a pandemic. In addition to a health crisis, the impact of this pandemic triggered a crisis in the Brazilian and world economies, with consequences that surpass the great depression, in 1929, and the Brazilian crisis of 2014. Faced with this new pandemic scenario, the objective of this study is to identify the main impacts of Covid-19 on the operational and financial results of large Health Insurance Companies (OPS) in Brazil in 2019, 2020 and 2021, through a sample of 108 OPS. For this, the study analyzed the variations in the main operational and financial indicators used by the market, in which a quantitative analysis was used, with descriptive statistics analysis, parametric and non-parametric tests, processed through the SOFA software, revealing that the OPS suffered major impacts from Coronavirus on their operational and financial performance. Another analysis carried out, qualitative analysis, based on a sample of 286 financial statements, analyzed in the years 2019, 2020 and 2021, with 2 (two) observations, the first, sought to evidence whether the most relevant facts that occurred in the pandemic period were disclosed by the OPS, and the second, analyzed whether the OPS disclosures contain some information regarding the adoption of the Prudential Norms, established by the ANS. The studies revealed that the OPSs present a lack of disclosure of relevant information, confirming the failure of communication in this market. The exchange of information is not clear and objective, to the external public, and especially to the health plan user. Another point revealed in the quantitative analysis concerns the inability to show whether or not the OPS adopted the Health Insurance Regulatory Agency (ANS) prudential rules, also due to the lack of quality in the disclosure of information to the market. Considering these results, it is understood that the market failure, considered in the disclosure, is still evident in the financial statements of the large OPS, it is also highlighted that Coronavirus had a significant impact on the results of the OPS., demonstrating that the operators were not prepared to face a global pandemic, thus leaving, for the year 2022, a future full of doubts about the economic and financial sustainability of the supplementary health market, where concern increases, due to the continuity of the pandemic, emergence of new diseases, the economic crisis experienced by the country and discussions of specific points in the sector.

Keywords: Health Insurance Plan; Covid-19; Financial Statements; Health Regulatory Agency; Disclosure, Operational and Financial performance.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Taxa de crescimento Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil – dez/2021).o do número de beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – dez./2017-dez/2021 | 47 |
| Figura 2 - Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil - dez/2016-dez/2021) | 49 |
| Figura 3 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil – dez/2021)..... | 50 |
| Figura 4 - Comparativo da Média da Margem Bruta (MLB) por Modalidade- Ano 2019 a 2021. | 83 |
| Figura 5 - Comparativo da Mediana EBIT e EBITDA por Modalidade- Ano 2019 a 2021..... | 84 |
| Figura 6 - Comparativo da Mediana de Sinistralidade (Despesa Médica) por Modalidade - Ano 2019 a 2021..... | 87 |
| Figura 7 - Comparativo da Mediana de Despesa de Comercialização por Modalidade- Ano 2019 a 2021 | 88 |
| Figura 8 - Comparativo da Mediana de Despesa Administrativa por Modalidade- Ano 2019 a 2021 | 88 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Acesso e Divulgação de informações para o Consumidor, Operadoras e Prestadores de Saúde..... | 28 |
| Tabela 2 - Informações constantes no Plano de Contas das Operadoras de Planos de Saúde ... | 30 |
| Tabela 3 - Modelo de Publicação do Balanço Patrimonial das OPS..... | 31 |
| Tabela 4 - Modelo de Publicação Demonstração do Resultado do Exercício das OPS..... | 33 |
| Tabela 5 - Exemplificação da contabilização da receita de contraprestação/prêmio | 35 |
| Tabela 6 - Exemplificação da contabilização do evento..... | 36 |
| Tabela 7 - Contas específicas para provisão de eventos ocorridos e não avisados (PEONA).... | 37 |
| Tabela 8 - Requisitos para constituição da PEONA SUS, caso a Operadora não tenha metodologia própria..... | 37 |
| Tabela 9 - Contas específicas para provisão de eventos ocorridos e não avisados (PEONA - SUS)..... | 37 |
| Tabela 10 - Contas específicas para provisão de eventos e sinistros a liquidar (PESL e PESL SUS)..... | 38 |
| Tabela 11 - Contas específicas para provisão de insuficiência de contraprestação (PIC)..... | 39 |
| Tabela 12 - Contas específicas para provisão para remissão (PR) | 40 |
| Tabela 13 - Contas específicas para provisão de prêmio contraprestação não ganha (PPCNG).. | 40 |
| Tabela 14 - Indicadores econômicos e financeiros | 43 |
| Tabela 15 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil 'dezembro/2010 – dezembro/2021)..... | 47 |
| Tabela 16 - Definições das Modalidades de Operadoras de saúde | 48 |
| Tabela 17 - Forma de contratação de planos de saúde e suas principais características..... | 49 |
| Tabela 18 - Relação das 10 (dez) OPS com maior faturamento em 2021 | 61 |
| Tabela 19 - Relação entre os objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa..... | 62 |
| Tabela 20 - Cálculo de Indicadores de Rentabilidade– Ano base (2019) | 65 |
| Tabela 21 - Cálculo de Indicadores de Endividamento – Ano base (2019)..... | 66 |
| Tabela 22 - Cálculo de Indicadores Específicos da Saúde Suplementar – Ano base (2019) | 66 |
| Tabela 23 - Cálculo de Indicadores de Liquidez – Ano base (2019)..... | 67 |
| Tabela 24 - Cálculo de Indicadores de Rentabilidade – Ano base (2020) | 67 |
| Tabela 25 - Cálculo de Indicadores de Endividamento – Ano base (2020)..... | 67 |
| Tabela 26 - Cálculo de Indicadores de Endividamento – Ano base (2020)..... | 68 |
| Tabela 27 - Cálculo de Indicadores de Liquidez – Ano base (2020)..... | 68 |
| Tabela 28 - Cálculo de Indicadores de Rentabilidade – Ano base (2021) | 69 |
| Tabela 29 - Cálculo de Indicadores de Endividamento – Ano base (2021)..... | 69 |
| Tabela 30 - Cálculo de Indicadores Específicos de Saúde Suplementar – Ano base (2021) | 70 |
| Tabela 31 - Cálculo de Indicadores de Liquidez – Ano base (2021)..... | 70 |
| Tabela 32 - Teste de Normalidade – Qui-Quadrado para os Indicadores de Rentabilidade..... | 71 |
| Tabela 33 - Teste de Normalidade – Qui-Quadrado para os Indicadores de Endividamento..... | 72 |
| Tabela 34 - Teste de Normalidade – Qui-Quadrado para os Indicadores Específicos de Saúde Suplementar..... | 72 |
| Tabela 35 - Teste de Normalidade – Qui-Quadrado para os Indicadores de Liquidez..... | 73 |
| Tabela 36 - Teste de Mann-Whitney para indicadores de Rentabilidade (Anos: 2019 / 2020)..... | 73 |
| Tabela 37 - Teste de Mann-Whitney para indicadores de Endividamento (Anos: 2019 / 2020)... | 74 |
| Tabela 38 - Teste de Mann-Whitney para indicadores Específicos da Saúde Suplementar (Anos: 2019/2020) | 75 |
| Tabela 39 - Teste de Mann-Whitney para indicadores de Liquidez (Anos: 2019/2020)..... | 76 |
| Tabela 40 - Teste de Mann-Whitney para indicadores de Rentabilidade (Anos: 2020/2021)..... | 77 |
| Tabela 41 - Teste de Mann-Whitney para indicadores de Endividamento (Anos: 2020 / 2021)... | 77 |

| | |
|--|----|
| Tabela 42 - Teste de Mann-Whitney para indicadores Específicos da Saúde Suplementar (Anos: 2020/2021)..... | 78 |
| Tabela 43 - Teste de Mann-Whitney para indicadores de Liquidez (Anos: 2020/2021)..... | 79 |
| Tabela 44 - Teste de Mann-Whitney para indicadores de Rentabilidade (Anos: 2019/2021)..... | 79 |
| Tabela 45 - Teste de Mann-Whitney para indicadores de Endividamento (Anos: 2019/2021)..... | 80 |
| Tabela 46 - Teste de Mann-Whitney para indicadores Específicos da Saúde Suplementar (Anos: 2019/2021)..... | 80 |
| Tabela 47 - Teste de Mann-Whitney para indicadores de Liquidez (Anos: 2019/2021)..... | 81 |
| Tabela 48 - Teste de Kruskal-Wallis para indicadores de Rentabilidade por modalidade de operadora..... | 82 |
| Tabela 49 - Teste de Kruskal-Wallis para indicadores de Endividamento por modalidade de operadora..... | 85 |
| Tabela 50 - Teste de Kruskal-Wallis para indicadores Específicos da Saúde Suplementar por modalidade de operadora..... | 86 |
| Tabela 51 - Teste de Kruskal-Wallis para indicadores de Liquidez por modalidade de operadora..... | 89 |
| Tabela 52 - Análise Documental – Palavra-chave: COVID..... | 91 |
| Tabela 53 - Análise Documental – Palavras-chave: Normas Prudenciais / Medidas de Flexibilização..... | 92 |
| Tabela 54 - Análise Documental – Palavra-chave: Sinistralidade..... | 93 |
| Tabela 55 - Análise Documental – Palavra-chave: Telemedicina..... | 94 |
| Tabela 56 - Análise Documental – Palavras-chave: Saúde Mental / Cuidados com a Saúde..... | 94 |
| Tabela 57 - Análise Documental – Palavras-chave: Inflação Médica..... | 95 |
| Tabela 58 - Evidências das Palavras-chave no ano de 2019..... | 96 |
| Tabela 59 - Evidências das Palavras-chave no ano de 2020..... | 97 |
| Tabela 60 - Evidências das Palavras-chave no ano de 2021..... | 99 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ABRAMGE | Associação Brasileira de Planos de Saúde |
| AIS | Ações Integradas de Saúde |
| AMCHAM | American Chamber of Commerce |
| ANS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CASSI | Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil |
| CEO | Chief Executive Officer |
| CFB | Constituição Federal do Brasil |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| DA | Despesas administrativas |
| DC | Despesas de comercializações |
| DFC | Demonstração do Fluxo de Caixa |
| DIOPS | Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde |
| DM | Sinistralidade ou Despesas médicas |
| DMPL | Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido |
| DNT | Doenças Não Transmissíveis |
| DOP | Percentual de Despesas Operacionais em relação às Receitas Operacionais |
| DRE | Demonstração do Resultado do Exercício |
| EBIT | Lucro antes dos Juros e Impostos |
| EIL | Eventos Indenizáveis Líquidos/sinistros |
| ENDIV | Índice de Endividamento |
| EPI | Equipamento de Proteção Individual |
| FGV | Fundação Getúlio Vargas |
| FIC | Fator de Insuficiência de Contraprestações/Prêmios |
| FIPE | Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas |
| GEAP | Assistência Patronal para os Servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários |
| IAP | Instituto de Aposentadoria e Pensão |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IBNR | Incurred But Not Reported |
| IDSS | Indicador de Desempenho da Saúde Suplementar |
| IESS | Instituto de Estudos de Saúde Suplementar |
| IMOB | Imobilização do Patrimônio Líquido |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| IPCA | Índice de Preço ao Consumidor Amplo |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| IPM-H | Índice de Preços de Medicamentos para Hospitais |
| IRF | Índice de Resultado Financeiro |
| LC | Liquidez Corrente |
| LG | Liquidez Geral |
| LGPD | Lei Geral de Proteção de Dados |
| LI | Liquidez Imediata |
| MLB | Margem de Lucro Bruto |
| MLL | Margem de Lucro Líquido |
| MP | Medida Provisória |
| MS | Ministério da Saúde |
| MSOL | Margem de Solvência |

| | |
|-----------|---|
| OCDE | Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPS | Operadoras de Planos de Saúde |
| PEC | Programa de Extensão de Cobertura |
| PEONA | Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados |
| PEONA SUS | Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados SUS |
| PESL | Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PIC | Provisão para Insuficiência de Contraprestação |
| PME | Contabilidade para Pequenas e Médias Empresas |
| PPA | Procedimentos Previamente Acordados |
| PPCNG | Provisão de Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas |
| PR | Provisão para Remissão |
| PREVIC | Superintendência Nacional de Previdência Complementar |
| PROCON | Programa Estadual de Defesa do Consumidor |
| PSEL SUS | Provisão para Eventos / Sinistros a Liquidar SUS |
| QUALISS | Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde |
| RDC | Resolução de Diretoria Colegiada |
| ROA | Retorno sobre o Ativo |
| ROE | Retorno sobre o Patrimônio Líquido |
| RN | Resolução Normativa |
| SUDS | Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SUSEP | Superintendência de Seguros Privados |
| TIC | Tecnologia de Informação e Comunicação |
| TISS | Padrão de Troca de Informações de Saúde Suplementar |
| UNICEF | United Nations International Childrens Emergency Fund |
| USP | Universidade de São Paulo |
| VCMH | Variação do Custo Médico Hospitalar |

SUMÁRIO

| | | |
|---------|---|-----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 19 |
| 1.1 | Contextualização | 19 |
| 1.2 | Objetivos..... | 21 |
| 1.2.1 | <i>Objetivo Geral</i> | 21 |
| 1.2.2 | <i>Objetivo Específico</i> | 21 |
| 1.3 | Justificativa | 21 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 23 |
| 2.1 | Teoria econômica da regulação | 23 |
| 2.2 | Teoria da divulgação..... | 26 |
| 2.2 | Plano de contas e conceitos contábeis das OPS | 29 |
| 2.3.1 | <i>Instituição do Plano de Contas</i> | 29 |
| 2.3.2 | <i>Conceitos específicos da saúde suplementar e as suas contabilizações</i> | 34 |
| 2.3.2.1 | <i>Receitas de Contraprestação, Despesas com Eventos e Provisões Técnicas</i> | 34 |
| 2.4 | Indicadores de desempenho..... | 41 |
| 2.5 | A história da saúde no Brasil e mercado de saúde suplementar..... | 44 |
| 2.5.1 | <i>A história da saúde no Brasil</i> | 44 |
| 2.5.2 | <i>Mercado de saúde suplementar</i> | 45 |
| 2.6 | Covid-19 e os cuidados com a saúde | 51 |
| 2.6.1 | <i>Covid-19</i> | 51 |
| 2.6.2 | <i>Sindemia</i> | 52 |
| 2.6.3 | <i>Cuidados com a saúde no contexto da pandemia</i> | 54 |
| 2.7 | Medidas para o setor de plano de saúde no combate ao coronavírus | 56 |
| 2.7.1 | <i>Antecipação do congelamento de exigências de capital (MSOL -Margem de Solvência)</i> | 56 |
| 2.7.2 | <i>Adiamento de novas exigências de provisões de passivo</i> | 57 |
| 3 | METODOLOGIA | 61 |
| 3.1 | Tipologia da pesquisa..... | 61 |
| 3.2 | População e amostra | 62 |
| 3.3 | Coletas de dados..... | 63 |
| 4 | ANÁLISE DOS RESULTADOS..... | 65 |
| 4.1 | Análises quantitativas | 65 |
| 4.1.1 | <i>Estatística descritiva por grupo de indicadores</i> | 65 |
| 4.1.2 | <i>Teste de normalidade (qui-quadrado)</i> | 71 |
| 4.1.3 | <i>Teste não paramétrico (Mann-Whitney)</i> | 73 |
| 4.1.4 | <i>Teste não paramétrico (Kruskal-Wallis) para diferenças entre grupos</i> | 81 |
| 4.2 | Análise qualitativa..... | 90 |
| 4.2.1 | <i>Análise documental das demonstrações financeiras</i> | 90 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 101 |
| | REFERÊNCIAS | 103 |
| | APÊNDICE..... | 111 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

O ano de 2020 foi marcado pela pandemia da Covid-19 e, conseqüentemente, pelos efeitos provocados para todos os setores da economia do país. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a economia brasileira encolheu 4,1% em 2020. Esse recuo interrompe uma sequência de três anos de baixo crescimento registrado entre 2017 e 2019. No ano anterior à crise sanitária (2019), o Produto Interno Bruto (PIB) havia avançado apenas 1,4%. A queda do PIB em 2020 foi a maior desde 1990, quando a economia encolheu 4,4% sob o efeito do Plano Collor, e superou os recuos de 3,5% e 3,3%, registrados respectivamente em 2015 e 2016. Para o ano de 2021, o PIB cresceu 4,6% quando comparado ao ano de 2020, totalizando R\$8,7 trilhões, voltando a se recuperar, após as perdas de 2020 causadas pela pandemia (IBGE, 2022).

Na contramão dessa desaceleração em 2020, o setor de saúde, mais especificamente os serviços de assistência médica realizados pelas Operadoras de Planos de Saúde (OPS), tiveram seus resultados maiores quando comparados aos anos anteriores. De acordo com os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2021), órgão regulador do setor de saúde suplementar, o segmento médico-hospitalar obteve um lucro líquido acumulado de R\$ 18,6 bilhões no ano de 2020, um resultado 47,6% maior do que o verificado para o mesmo período de 2019, quando foram acumulados lucros de R\$ 12,6 bilhões, e 97,8% maior do que o ano de 2018, que foram de R\$ 9,4 bilhões. Para o ano de 2021, pode-se observar um grande impacto no resultado acumulado das OPS, que atingiu R\$ 3,8 bilhões, quando comparado com 2020, representando uma redução de 79,6% (ANS, 2022).

Um dos fatores que contribuiu para essa melhoria no resultado das OPS foi o aumento de novos beneficiários, uma vez que no período pandêmico, os planos de saúde tornaram-se ainda mais necessários para as famílias, o que contribuiu para o aumento das Receitas das Contraprestações. Outro fator está associado ao isolamento social provocado pela pandemia, que impediu que os beneficiários dos planos de saúde realizassem seus procedimentos rotineiros, e, conseqüentemente, proporcionou às OPS uma redução das taxas de sinistralidades, que medem a relação entre receita e custos com sinistros. Segundo os dados da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) (2021), as OPS tiveram um crescimento de 1,2% de beneficiários em dezembro de 2020 quando comparado com o dezembro de 2019. Em relação ao índice de sinistralidade, ainda de acordo com a entidade, a queda foi de 7,1 pontos percentuais no exercício de 2020 quando comparado com o exercício de 2019.

No cenário de 2021, as OPS continuaram com um crescimento de captação de novos beneficiários. O número em dezembro atingiu 49 milhões, equivalente a 3,18% de aumento quando comparado com dezembro de 2020. Em contramão a esse crescimento, os custos assistenciais aumentaram. Observa-se que a sinistralidade do setor em 2021 atingiu 85,62%, quase 10 pontos percentuais maior do que em 2020. A melhor explicação para esse grande aumento na taxa de sinistralidade está associada ao represamento de atendimentos ocorridos em 2020 (ANS, 2022).

Apesar de um resultado positivo durante o ano de 2020, uma pesquisa realizada pela consultoria Deloitte informou que a pandemia tem colocado uma pressão enorme sobre a força de trabalho, infraestrutura e cadeia de abastecimento do setor de saúde, além de acelerar a mudança em todo o ecossistema, e forçando os sistemas de saúde a se adaptarem e inovarem em período curto (Deloitte, 2021).

Diversas conseqüências da pandemia, como o isolamento social, perda de empregos, redução de renda, perda de membros da família e atendimento precário da saúde pública provocaram danos à saúde física e mental dos segurados, além da demanda reprimida por saúde não suprida no ano anterior. De acordo com o Governo Brasileiro, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o Brasil como o país mais ansioso do mundo e o quinto mais depressivo. Observa-se que as doenças mentais, como depressão, ansiedade e estresse, tiveram um aumento

considerável em 2020, quando comparado com anos anteriores, e que já afetam cerca de 18,6 milhões de brasileiros (Ministério da Saúde, 2021).

O Ministério da Saúde (2022) permanece acompanhando esse crescimento de doenças mentais na população brasileira e fazendo grandes investimentos no seu combate. Tem sido observado nos jovens e crianças um forte crescimento dessas doenças.

Associados a essas mudanças na saúde física e mental dos brasileiros, também são esperados impactos econômicos, tais como o aumento da inflação em produtos médicos, aumento no rol de procedimentos cobertos pelas OPS, custos com novas tecnologias, entre outros. Todos esses aspectos afetam diretamente o ciclo do serviço de saúde estabelecido entre as OPS, beneficiários (consumidores) e os prestadores de saúde. De acordo com a Abramge, o relatório MMB Health Trends, da consultoria de saúde Mercer Marsh Benefícios, a pandemia pressionará o custo médico e hospitalar em 2021. Segundo o relatório, mais da metade (54%) das empresas que comercializam planos de saúde em 10 países da América Latina (incluindo no Brasil) projetam um aumento nos custos, impulsionados pelo maior número de serviços diagnósticos, cuidados médicos e tratamento da Covid-19 (Abramge, 2021).

De acordo com o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), a variação do custo médico-hospitalar do período de setembro de 2020 ao mesmo período de 2021 atingiu 27,7%, representando um recorde histórico e uma marca acima do índice da inflação em torno de 10%, demonstrando um forte impacto nos custos assistenciais no ano de 2021 (IESS, 2022).

Durante o período de pandemia, o setor de saúde tornou-se obrigado a alterar a sua forma de prestação de serviços, utilizando novas tecnologias, como a telemedicina, e incluindo novos procedimentos de atendimento, objetivando, entre outras coisas, à redução de seus custos. A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.227/18 define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. A resolução estabelece que a telemedicina é “o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde, podendo ser realizada em tempo real ou off-line”.

Outra alteração provocada pela pandemia que afeta diretamente os custos das OPS são os insumos na prestação dos serviços, tais como medicamentos e materiais técnicos. Segundo os dados divulgados pelo Índice de Preços de Medicamentos para Hospitais (IPM-H), da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) e da Bionexo, os preços dos medicamentos vendidos aos hospitais no Brasil subiu 16,4% durante os cinco primeiros meses da pandemia da Covid-19. Essa alta foi impulsionada por três grupos de medicamentos utilizados no tratamento de pacientes com Covid-19, a saber: a) suporte ao aparelho cardiovascular, com elevação de 92,6%; b) sistema nervoso, com aumento de 66%; e c) aparelho digestivo e metabolismo, com crescimento de 50,4% no período. Aumentos significativos foram observados, ainda, para os remédios relacionados à analgesia, anestesia, suporte ventilatório e suporte vital (Agência Brasil, 2020).

Para que se possa entender o impacto e a responsabilidade das OPS no atendimento de saúde aos seus beneficiários, torna-se necessário dimensionar o tamanho do setor em questão. Conforme dados da ANS (2020), o setor de saúde privada registrou 47 milhões de beneficiários em planos de assistência médica em 2020, e no ano de 2021 registrou 49 milhões. Adicionalmente, de acordo com o IBGE (2020), a população brasileira no mesmo período se aproxima de 212 milhões de habitantes. Sendo assim, a saúde suplementar do Brasil é responsável pelo atendimento de aproximadamente 22% da sua população, um número significativo de indivíduos que procuram pagar para obter, como retorno, uma saúde com maior qualidade.

Tendo em vista a contextualização realizada, o presente estudo será guiado pela seguinte questão de pesquisa: **Quais são os impactos da Covid-19 nos resultados operacionais e financeiros das Operadoras de Planos de Saúde (OPS) de grande porte no Brasil nos períodos de 2019 a 2021?**

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Para responder à questão de pesquisa, foi traçado o seguinte objetivo geral: analisar os principais impactos da Covid-19 nos resultados operacionais e financeiros das OPS de grande porte no Brasil nos anos de 2019 a 2021.

1.2.2 Objetivo Específico

Adicionalmente, tem-se os seguintes objetivos específicos necessários para atingir o objetivo geral:

- a) Analisar as principais variações nos resultados operacionais e financeiros das OPS de grande porte no Brasil para o período de 2019 a 2021;
- b) Identificar como os fatos de maior relevância ocorridos no período pandêmico, como as inovações da Telemedicina, os problemas de saúde mental da população, o aumento dos custos dos insumos, sinistralidade e inflação médica foram divulgados pelas operadoras de grande porte em suas demonstrações financeiras;
- c) Analisar as informações divulgadas nas demonstrações financeiras das operadoras de grande porte sobre a adoção da Flexibilização de Normas Prudenciais estabelecidas pela ANS, com o intuito de manter o atendimento ao beneficiário e a solidez do mercado de saúde suplementar.

1.3 Justificativa

A relevância deste estudo caracteriza-se pelo fato de que, embora existam outras pesquisas mensurando as práticas contábeis brasileiras no resultado e no patrimônio das empresas de saúde suplementar, bem como uma análise do desempenho econômico-financeiro, pouco se estudou sobre as dificuldades dessas operadoras durante o período pandêmico vivido nos últimos anos, bem como a expectativa da prestação de saúde para o futuro próximo. Assim, dentre as contribuições esperadas pela realização do estudo para a sociedade, destacam-se: (a) esclarecimentos das variações do resultado operacional e financeiro das demonstrações financeiras das OPS de grande porte, durante os anos de 2019, 2020 e 2021; (b) verificação da adoção das OPS de grande porte na flexibilização de normas prudenciais introduzidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que é a agência reguladora do setor; e (c) evidenciação das principais mudanças ocorridas e influenciadas pela Covid-19 nas demonstrações financeiras das OPS de grande porte.

As mudanças impostas ao sistema privado de saúde, em especial às OPS, após os impactos da crise econômica gerada pela pandemia, ainda são incertas. Dessa forma, acredita-se que a presente pesquisa poderá trazer contribuições valiosas para cada agente interessado no entendimento do cenário de prestação de serviços à saúde suplementar. As OPS poderão visualizar e compreender as principais variações que foram afetadas no equilíbrio econômico-financeiro do mercado de saúde suplementar, e acompanhar a qualidade das informações constantes nas demonstrações financeiras de um grupo seletivo de operadoras. O órgão regulador (ANS), responsável pela regulação do mercado de saúde suplementar, será capaz de identificar se as OPS divulgaram quaisquer informações quanto à adoção das regras de flexibilização concedidas ao mercado e acompanhar os principais impactos no desempenho econômico-financeiro das OPS de grande porte. Os profissionais contábeis, por sua vez, poderão conhecer os principais conceitos contábeis do mercado de saúde suplementar e serem capazes de identificar como os resultados operacionais e financeiros das informações financeiras das OPS foram afetados, através de uma visão científica em análise de dados. Adicionalmente, os usuários de planos de saúde poderão

adentrar no entendimento do mercado de saúde, possibilitando verificar a solidez das OPS de grande porte através dos principais indicadores econômico-financeiros, e evidenciar a forma com que as OPS divulgam publicamente as suas informações operacionais e financeiras. Por fim, aos acadêmicos, a presente pesquisa auxilia na melhor compreensão da análise da Covid-19 para o setor de Saúde Suplementar, bem como na identificação de outros fenômenos que podem ser foco de estudos futuros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Teoria econômica da regulação

Com base na literatura nacional e internacional, existem vários tipos de regulação e vários conceitos, mas esse trabalho tem como foco principal a teoria da regulação estatal, ou seja, a teoria do interesse público, analisando a motivação da intervenção do Estado na regulamentação da saúde suplementar no Brasil. Segundo Barbosa (2014), essa teoria visa atingir o bem-estar geral da sociedade, por meio de regulamentos criados com o objetivo de anular os desequilíbrios da relação entre o mercado e o consumidor. Segundo Stigler (1971), a regulamentação é instituída principalmente para proteger o público (sociedade) em geral ou grande parte do público. O processo regulatório utilizado como instrumento de gestão pode ser uma grande ferramenta para equalizar as diferenças entre o poder público e o setor privado, além de equalizar a demanda e a oferta, tornando-as coerentes, compatíveis e sem grandes distorções (Vilarins, Shimizu, & Gutierrez, 2012).

Do ponto de vista da regulação em saúde, o Informativo Anual de 2000 da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) destaca que a regulação é função de governança dos sistemas de saúde, em que a função do Estado é de ordenar as relações de produções e distribuições de recursos, bens e serviços relacionados ao setor. De modo complementar, Schilling, Reis e Moraes (2006) consideram que o Estado é o principal sujeito da regulação em saúde, atuando por meio de ações que asseguram a produção de bens e serviços de saúde. Souza (2014), por sua vez, pondera que a regulação da saúde suplementar se fundamenta na necessidade de adequação dos mecanismos de mercado aos objetivos estabelecidos pela sociedade e em função de valores de eficiência e equidade.

O marco inicial da regulação no mercado de saúde é composto por um conjunto de leis, dentre elas, a Lei 9.656/98, de 03/06/98, junto com a MP 2.177-44 (originalmente a MP 1.665, de 05/06/98), a Lei 9.961/00 de 20/02/00 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e a Lei 10.185/01 de 12/02/01, que instituiu as seguradoras especializadas em saúde. É válido destacar que o setor de saúde suplementar brasileiro atuou, desde o seu início, com os convênios coletivos por cerca de 30 anos sem intervenção Estatal, até a edição da Lei 9.656/98.

Para que se possa entender o início da regulação em saúde, as razões do desequilíbrio do mercado, a proteção do usuário e ações que assegurem a relação entre os agentes do sistema de saúde (tais como: prestadores de serviços de saúde, operadoras de saúde e os seus usuários), deve-se voltar à Constituição Federal do Brasil (CFB)(1988).

O artigo 196 da CFB/88 menciona que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A Lei federal nº 8.080, de 1990, regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de identificar e divulgar as condicionantes e determinantes da saúde, formular a política de saúde para promover os campos econômico e social com o intuito de diminuir o risco de agravos à saúde, fazer as ações de saúde de promoção e proteção e, por fim, recuperação, integrando ações assistenciais e preventivas.

A história da saúde no Brasil mostra que, apesar de ser um direito de todos e dever do Estado, os serviços de atendimento no setor, a partir dos anos 90, começaram a dar sinais de precariedade, fazendo aumentar a demanda por serviços privados. A população brasileira está diante de uma situação de saúde em que se agravaram os velhos problemas, como o aumento da população em zona de pobreza e aumento do desemprego, fatores esses que criaram uma desigualdade social e econômica e, somados a uma situação de desmonte do Estado, evidencia uma crescente desresponsabilização do governo federal das suas atribuições no terreno social (Noronha & Soares, 2001).

Consequentemente, houve o aumento das operadoras de saúde no mercado, realizando a intermediação entre o consumidor e os serviços de saúde com uma melhor qualidade. O setor de saúde cresceu nacionalmente, até o ano 2000, de maneira desorganizada, pois pouco se conhece de fontes de informações desse mercado (Albuquerque et al., 2008). A liberdade que as empresas de saúde tinham para negociar os serviços e preços gerou desorganização para o mercado e, sobretudo, carência na transparência e prestação de contas.

Adicionalmente ao crescimento desorganizado do mercado de saúde nos anos de 1990 a 2000, o código de defesa do consumidor, que deu origem ao Programa Estadual de Defesa do Consumidor (PROCON), possibilitou visualizar os conflitos entre as empresas de saúde privada e os seus usuários. Houve alguns conflitos intermediados pelo PROCON à época, como reajustes de mensalidades, restrições e exclusões no rol de atendimentos, identificação de cláusulas abusivas, entre outros. Esses conflitos começaram a demonstrar as falhas de mercado que o sistema apresentava, surgindo, assim, uma pressão sobre o Estado em busca de regularização e fiscalização das empresas de saúde privadas (Silva, 2003).

No que tange às falhas de mercado, a regulação é uma ferramenta que visa à correção das ineficiências. Segundo Campos (2008), a teoria positiva, denominada Teoria da Regulação Econômica, tem como objetivo analisar as falhas de governo que dificultam a implementação de políticas públicas. O autor ainda destaca que, em um contexto mais amplo, a regulação visa atuar na manutenção do funcionamento do mercado, bem como buscar introduzir objetivos de ordem geral que não seriam alcançados exclusivamente pela iniciativa privada. Na visão de Delgado e Campos (2012), o sistema de saúde complexo, composto por diversos atores, é afetado seriamente pelas falhas de mercado, principalmente no que tange à assimetria de informação que aumenta o custo total do negócio e gera ineficiência.

Para Santos e Matos Pinto (2017), a essência da regulação é a intervenção estatal com o objetivo de monitorar e corrigir rumos na condição de políticas públicas. Tal termo foi analisado, inicialmente, em áreas da economia, administração pública, ciência política, até chegar na saúde como tentativa de normatizar alguns macroprocessos da prestação de serviços pelo Estado, seja como provedor ou contratante de entidades corresponsáveis. Em se tratando de assistência à saúde, a regulação é imprescindível, pois ela assegura que os indivíduos tenham os objetivos sociais do sistema de saúde, reduzindo, assim, as falhas desse mercado. Deve-se entender como objetivos sociais a melhoria da saúde aos cidadãos.

Nesse contexto, a principal função de uma agência reguladora é corrigir falhas de mercado, de modo a torná-lo mais eficiente. Entre as principais características de uma boa agência reguladora, destaca-se autonomia financeira e gerencial, sistemática de prestação de contas, transparência, delimitação adequada de competência e excelência técnica (FGV, 2017). Dessa forma, a Lei nº 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, que tem como competências a regulação da saúde suplementar, a qualificação da saúde suplementar e a articulação institucional, que é um conjunto de políticas e diretrizes gerais e ações que otimizem as relações institucionais internas e externas, viabilizando a efetividade do processo regulatório (ANS, 2021).

No âmbito da saúde, entre as principais funções exercidas pelos seus agentes reguladores, o Ministério da Saúde (MS) e a ANS, estão as definições de normas, monitoramento, fiscalização e controle na relação dos serviços prestados pelas operadoras de saúde aos seus beneficiários. A partir da Lei nº 9.656/98, foram criadas inúmeras resoluções e normativas para melhorar os controles na prestação de assistência à saúde, no monitoramento de indicadores financeiros das operadoras de saúde, entre outros.

Para que uma agência reguladora seja eficiente, necessita possuir algumas características fundamentais, que sejam capazes de regular um setor específico. Para Oliveira e Elias (2012), o entendimento do conceito de regulação consiste em quatro pilares, são eles: controle, equilíbrio, adaptação e direção. O primeiro pilar, controle, é o mais importante deles, pois associa a concepção da regulação como atividade de ajustamento e regramento. O segundo pilar, equilíbrio, está associado aos aspectos mais operativos da regulação, que são: ajustar, corrigir, restringir, ou seja,

permitir que o mercado atenda de uma forma equilibrada, a necessidade de todos os agentes envolvidos na prestação de serviços à saúde. O terceiro pilar, adaptação, deflagra a capacidade de transformação na regulação, pois é uma posição intermediária entre a dimensão técnica e a política. O quarto e último pilar, direção, evidencia que a natureza política da regulação está relacionada com a capacidade de organização e de exercício de poder.

Com essas características fundamentais da regulação, a ANS, no momento de sua criação, iniciou um processo de regulamentações no setor, exigindo de imediato, a comprovação e registros de funcionalidade das operadoras de saúde, bem como determinando que todas as OPS fossem capazes de constituir um capital mínimo necessário para operar no mercado de saúde suplementar. Atualmente, as operadoras se submetem às medidas de autorização, funcionamento e constituição de garantias financeiras, impostas pela ANS, mas antes da Lei, elas não tinham compromissos com regras e buscavam seguir seus próprios interesses (Mesquita, 2002).

A ANS é uma autarquia sob regime especial, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, vinculada ao Ministério da Saúde, com competência para regulamentar e fiscalizar os planos privados de assistência à saúde, para assegurar o interesse público. Outro ponto a destacar sobre agência é o fato de sua regulação estar limitada na relação comercial entre usuário e operadoras de saúde. Nesse cenário, a regulação realizada pela ANS não atinge toda a cadeia de prestação de serviços de saúde, como, por exemplo, relações comerciais com os hospitais, clínicas e laboratórios.

Apesar de toda a importância da regulação da ANS, alguns pesquisadores acadêmicos defendem que agência precisa alterar o seu foco de monitoramento e fiscalização das OPS. Para Cirillo (2015), a ANS deveria desenvolver sistemas de avaliação e controle de atividades, para que possa haver o aperfeiçoamento das suas decisões e gestão. O início de sua regulação estava voltado para as condições financeiras das OPS, com o intuito de resguardar os compromissos de pagamentos dos custos médicos e mantendo, assim, a funcionalidade do sistema, bem como a criação de um desenvolvimento de autoavaliação para monitoramento de suas ações. Entretanto, a necessidade de um acompanhamento da qualidade dos serviços assistenciais tem obrigado a agência a alterar o seu foco também para essa questão. Para Salvatori e Venture (2012), é perceptível que o normativo da ANS teve maior preocupação com os aspectos econômicos e financeiros das operadoras.

Essa necessidade de mudanças da agência reguladora não se limita ao entendimento de pesquisadores, mas também é percebida na sociedade em geral, de acordo com uma pesquisa da empresa Vox Populi conduzida com 97 empresas associadas à *American Chamber of Commerce* (Amcham), destacando os pontos positivos e negativos das agências reguladoras no Brasil. Os três principais pontos positivos foram: a) promover maior segurança ao consumidor (16%); b) assegurar maior controle e qualidade dos serviços e produtos (11%); e c) garantir produtos de qualidade (10%). Em contrapartida, os três principais pontos negativos foram: a) lentidão e morosidade em processos (19%); b) excesso de burocracia nos processos (18%); e c) interferência política e governamental (15,5%).

De acordo com o resultado da pesquisa, é notório que alguns pontos positivos estão aderentes ao que uma regulação determina, como maior segurança, maior controle dos serviços e produtos e garantia de qualidade. Porém, os pontos negativos mostram que as agências reguladoras ainda precisam melhorar em processos e criar uma transparência nas ações estabelecidas. Uma agência reguladora deve avaliar o impacto de sua atuação e os custos e benefícios que geram para a sociedade e sua eficiência em face a outras agências regulatórias (Cirillo, 2015).

Apesar de ainda existir uma percepção negativa das agências regulatórias, conforme destacado anteriormente, a ANS vem envidando esforços no sentido de manter o foco em assegurar o desempenho do sistema de saúde. A entidade busca prestar uma assistência eficiente e atender às necessidades de saúde da sociedade, além de monitorar as condições financeiras das OPS. Nesse sentido, para que se possa aprofundar no entendimento da regulação no setor de assistência à saúde e nos esforços que a agência vem realizando, é de suma importância entender

outras falhas de mercado, tais como a assimetria da informação no setor de saúde e as formas de divulgação de informações estabelecidas pela agência, que serão abordadas nos tópicos subsequentes.

2.2 Teoria da divulgação

Conforme comentado no tópico anterior, a regulação é uma das formas de evitar falhas de mercado, e pode-se perceber que a divulgação é um dos fatores determinantes nesse contexto, pois ao se falar de divulgação, subentendem-se informações, e a essa visão de informações não estão atreladas apenas informações financeiras, mas também informações que tornem a comunicação no mercado mais segura e transparente. No caso do mercado de saúde suplementar, as informações dos principais agentes são fundamentais para o entendimento e funcionalidade do setor. Para Delgado e Campos (2012), é importante identificar se houve, na relação da comunicação, o equilíbrio de conteúdo informacional, ou seja, se uma das partes contratantes possui mais informações sobre o bem ou serviço do que a outra.

Dessa forma, vamos abordar, a seguir, um breve comentário sobre o conceito da teoria da divulgação, com um destaque maior para a assimetria da informação e as informações disponíveis (*disclosure*) pela ANS. De acordo com o levantamento da literatura internacional, a Teoria da Divulgação é um assunto que vem sendo discutido desde a década de 80, e seu objetivo principal é explicar o fenômeno da divulgação de informações financeiras a partir de diversas perspectivas (Salotti, Yamamoto, & Pimentel, 2011). Ainda para Salotti e Yamamoto (2007), a respectiva teoria é considerada como um processo endógeno, ou seja, são movidos pelo interesse ou incentivo que os gestores ou empresas têm para realizar a devida informação.

A respeito dessa teoria, podem-se destacar vários autores que contribuíram para a análise e o entendimento dos fatores que explicam a evidenciação das informações das entidades. Dentre eles, destacam-se os trabalhos de Verrecchia (2001) e Dye (2001), os quais contrapõem diferentes visões sobre a divulgação.

Para Verrecchia (2001), a Teoria da Divulgação é apresentada de acordo com uma abordagem analítica, descrevendo os modelos matemáticos desenvolvidos para explicar e prever fenômenos relacionados ao *disclosure*. Para Dye (2001), com enfoque específico na divulgação voluntária, a evidenciação é um caso especial da teoria dos jogos com a premissa central de que qualquer entidade opta por fazer a divulgação das informações quando lhe for favorável.

Verrecchia (2001) categoriza os estudos que tratam da divulgação de informações sobre a entidade em três grupos, a saber:

- (i) Pesquisa sobre Divulgação Baseada em Associação (*association-based disclosure*);
- (ii) Pesquisa sobre Divulgação Baseada em Julgamento (*discretionary-based disclosure*);
- (iii) Pesquisa sobre Divulgação Baseada em Eficiência (*efficiency-based disclosure*).

A pesquisa sobre divulgação baseada em associação examina os efeitos exógenos da divulgação sobre as ações cumulativas dos indivíduos que são agentes investidores no momento de divulgação. A divulgação baseada em julgamento, por sua vez, é focada na forma que os administradores e/ou empresas exercem as escolhas das informações que serão evidenciadas. E, por último, a divulgação baseada em eficiência discute as preferências sobre as divulgações a serem apresentadas na ausência de conhecimento prévio sobre elas (preferências incondicionais).

A informação é, sem dúvida, um dos fatores mais importantes para o entendimento do mercado, pois ela ajuda os agentes a ajustar os níveis de produção e preços. Não havendo uma boa informação, o mercado apresenta uma falha que resulta no benefício de um e não benefício de outro. Esse é o caso da assimetria da informação. Uma das características que afeta seriamente o setor de saúde suplementar é essa assimetria, pois ela gera efeitos que diminuem a eficiência econômica e o bem-estar social (Delgado & Campos, 2012).

Esse cenário, no qual indivíduos possuem diferentes níveis informacionais sobre um determinado fenômeno, pode ser caracterizado como assimetria da informação. Ela ocorre quando

as informações necessárias para os compradores e vendedores não chegam ao equilíbrio e não estão igualmente apresentadas a todos os participantes do mercado (Anderson, 2017). Para Godoy (2008), a assimetria de informação surge nas relações contratuais entre os indivíduos quando um dos agentes possui mais informações do que o outro, gerando algumas consequências para o adequado funcionamento do mercado e, assim, gerando ineficiência. Ainda para o autor, o mercado de seguro, em especial o de saúde, padece de problemas advindos da assimetria da informação, como são os casos de seleção adversa e o risco moral.

A seleção adversa ocorre quando uma das partes detém informações privadas sobre suas características. Na atividade de seguro, uma seguradora não tem o devido conhecimento sobre a situação de saúde do segurado, portanto, a seguradora pode estabelecer uma relação contratual desvantajosa, ou seja, pode oferecer um contrato com alto risco de utilização de serviço, achando que ofereceu um contrato de baixo ou médio risco. Dessa forma, a precificação fica prejudicada e o contrato tende a ser oneroso. Quanto ao risco moral, ocorre quando uma das partes detém a informação privada sobre as suas ações. Isso ocorre porque a seguradora não conhece perfeitamente quais serão os serviços de cobertura de seguro sobre as decisões do indivíduo após a assinatura do contrato de prestação de serviços (Godoy, 2008).

Estendendo o conceito da assimetria da informação para o ambiente da divulgação financeira na saúde suplementar, pode-se destacar uma grande diferença de antes e depois da criação da ANS, conforme a Lei nº 9.656/98. Antes da regulamentação do setor de planos de saúde, o mercado de saúde suplementar brasileiro era marcado por inúmeros conflitos decorrentes da assimetria informacional, entre os agentes, e da não-confluência de seus interesses, uma vez que o foco da elaboração das demonstrações financeiras para as OPS tinha viés tributário majoritariamente.

Após a criação da ANS, instituíram-se normas e políticas voltadas à obrigatoriedade das divulgações das demonstrações financeiras das OPS, bem como estabeleceram-se regras específicas de contabilização, que ao longo dos anos foram se convergindo para as práticas e pronunciamentos contábeis. Com isso, os diversos usuários das informações contábeis, em especial os investidores e credores, mas também os usuários dos planos de saúde, reguladores e empregados passaram a ter maior confiabilidade nas ações organizacionais das OPS, representando um passo fundamental para a redução da assimetria de informação nesse mercado.

Como é possível notar, um ponto central nesta redução da assimetria de informação é o papel desempenhado pela agência reguladora. Além de estabelecer os padrões mínimos de evidenciação das informações contábil-financeiras, a ANS garante a qualidade da divulgação de dados assistenciais aos beneficiários de planos de saúde. Sobre o tema, a Tabela 1 contém os mecanismos de acesso e divulgação de informações disponíveis no site da reguladora. Tais informações são de livre acesso e não requerem qualquer identificação do usuário.

Tabela 1
Acesso e Divulgação de informações para o Consumidor, Operadoras e Prestadores de Saúde

| | |
|---|---|
| Acesso para o Consumidor | <ul style="list-style-type: none"> • Caminho do Consumidor; • Contratação e troca de plano; • Reajuste e Variação de Mensalidade; • Carência e Prazos máximos de atendimentos; • Aposentados e Demitidos; • Dados cadastrais do consumidor; • Acompanhe o seu processo; • Acompanhamento de Solicitações; • Qualidade de Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Profissionais de saúde; • Parto na saúde suplementar; e • Canais de atendimento. |
| Acesso para as Operadoras de planos de saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Notícias e Avisos para Operadoras; • Calendário das Operadoras; • Registro e Manutenção de Operadoras e Produtos; • Compromissos e Interações com ANS; • Aplicativos ANS; • Acompanhamento de processos; • Busca de resoluções operacionais; • Central de Atendimento de Operadoras e Prestadoras; • Atendimento a Operadoras; • Relacionamento com o Cliente; • Regulação Prudencial, Acompanhamento Assistencial e Econômico-Financeiro; • Ações de Fiscalização, e • Relacionamento com os prestadores. |
| Acesso para o Prestador de Serviço de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Padrão de Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS); • Contrato entre operadoras e prestadores; • Central de Atendimento a Prestadores; • Movimento Parto Adequado; e • Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS) |
| Covid-19 | <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura obrigatória para Covid-19; • Cobertura obrigatória para tratamento da doença segundo segmentação do plano; • Prorrogação temporária de prazos máximos de atendimentos, priorizando casos de Covid-19; • Orientação para realização de atendimento à distância e viabilização da implementação da telessaúde; • Orientação para disponibilização de canais de atendimento específicos para esclarecimentos e informações sobre a doença; • Prorrogação de prazos de obrigações das operadoras; • Flexibilização de Normas Prudenciais; • Medidas temporárias no âmbito da fiscalização; • Concessão de incentivos regulatórios mediante contrapartidas (renegociação de contratos e pagamentos de prestadores); e • Suspensão de reajustes de planos de saúde por 120 dias. |
| Dados e Indicadores do Setor de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Informações Gerais (Informações de Saúde Suplementar); • Beneficiários de planos privados de saúde; • Operadoras de planos privados de saúde; • Dados Financeiros, Dados Assistenciais e Publicações Relacionadas; • Planos privados de saúde; • Dados e Publicações do Ressarcimento ao SUS; • Baixar base de dados; e • Painéis Dinâmicos. |

Nota. ANS (2022).

No mercado de saúde suplementar somente é exigida a divulgação das demonstrações financeiras para as OPS consideradas de médio e grande portes. De acordo com a Resolução nº 435/2018 no seu Capítulo I – Item 6.3.5.1, o porte da operadora é determinado em razão da quantidade de beneficiários na data-base do encerramento do exercício social, a saber:

- (a) **Pequeno Porte:** quantidade inferior a 20.000 beneficiários;
- (b) **Médio Porte:** entre 20.000 e 100.000 beneficiários; e
- (c) **Grande Porte:** quantidade superior a 100.000 beneficiários.

As OPS de pequeno porte dispensadas de publicação das demonstrações financeiras não estão livres, contudo, da obrigatoriedade do envio eletrônico das Demonstrações Financeiras completas, acompanhadas do respectivo Relatório dos Auditores Independentes e do Relatório Circunstanciado sobre a deficiência de Controle Interno à ANS.

Atualmente a ANS desempenha o papel de reguladora dos serviços de planos de saúde, e por meio dessa regulação, a agência tem a competência de oferecer aos beneficiários de planos de saúde divulgações (*disclosure*) sobre as informações assistenciais e econômico-financeira das OPS, com o intuito de que os beneficiários sejam capazes de escolher de modo racional os seus planos, bem como saber as condições de solvência de cada operadora.

É importante afirmar que as regras, quando são bem divulgadas, contribuem com a redução de assimetria de informação, e as regras de contabilização são algumas delas, portanto, no tópico a seguir, destacam-se as principais contabilizações utilizadas pelas OPS, bem como demonstram-se os principais indicadores utilizados pela ANS e público em geral.

Após destacarmos os tópicos 2.1 – Teoria Econômica da Regulação e 2.2 – Teoria da Divulgação como elementos de entendimento que contribuíram para a evolução da saúde no Brasil, é preciso também conhecer a história da nossa saúde, desde a época do Brasil Colônia até a formação e entendimento do novo mercado de saúde suplementar no Brasil.

2.3 Plano de contas e conceitos contábeis das OPS

2.3.1 Instituição do Plano de Contas

Antes de mencionarmos o Plano de Contas e os conceitos contábeis das operadoras de planos de saúde, é válido destacar que, antes da criação da ANS, as seguradoras de saúde eram regulamentadas e controladas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). Com o surgimento da ANS, o órgão passou a controlar e acompanhar todo o mercado de saúde no Brasil, incluindo as seguradoras de saúde. Essa movimentação de controle das seguradoras à ANS, possibilitou trazer os seus conceitos e práticas contábeis já adotados na SUSEP, e gradativamente foram sendo implementadas pela ANS. O plano de contas e alguns conceitos de contabilização, criação de provisões técnicas com seus ativos garantidores, são exemplos de controle realizados pela SUSEP, e continuado pela ANS.

O Plano de Contas é o conjunto de contas que atende às necessidades de registros econômicos e financeiros de uma companhia, de modo a possibilitar a construção de relatórios e permitir que usuários internos e externos possam visualizar as informações contábeis. O CFC (2002) conceitua o plano de contas como sendo a estrutura básica da escrituração contábil, pois é nele que se concentra o banco de dados contendo as informações para geração de todos os relatórios econômicos e financeiros de uma companhia. Segundo Ribeiro (2014), o plano de contas é um conjunto de contas, diretrizes e normas que disciplina as tarefas do setor de contabilidade objetivando a uniformização dos registros contábeis.

Os planos de contas podem ser criados pelo próprio contador ou pode ser criado um plano padrão para atender a um determinado setor da economia. Alguns exemplos de plano padrão que se podem mencionar são: BACEN (Cosif), SUSEP, PREVIC entre outros.

Um outro setor que apresenta um plano de contas padrão é o mercado de saúde suplementar. Por meio da ANS, o órgão regulador que, dentre tantos requerimentos, criou medidas

regulatórias, as regras de autorização e funcionamento e o monitoramento de solvência, institui a necessidade de padronizar as informações contábeis do mercado de saúde suplementar. Segundo Correia e Costa (2016), o envolvimento de diversos autores e suas complexas relações negociais são fatores que contribuem para implantação de normas capazes de orientar a geração de informações contábeis.

De acordo com Salles (2004), tendo em vista que a ANS efetua o acompanhamento econômico e financeiro das operadoras de planos de saúde e monitora a sua solvência, é de suma importância que suas demonstrações financeiras sejam padronizadas.

O marco inicial para a padronização do plano de contas do mercado de saúde suplementar ocorreu por meio da Lei 9.656/98:

Art. 35 –A - Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para: ... IV – Fixar normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das empresas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o parágrafo 1º do artigo da Lei nº9.656/98, incluindo: ... d) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas [...].

A obrigatoriedade da instituição do plano de contas para as operadoras de planos de saúde surgiu com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 38, de 27 de outubro de 2000, cuja finalidade foi de uniformizar os registros e normas contábeis. Durante o período inicial de 2000 até os períodos atuais (início de 2022), foram sendo revogadas resoluções, sendo que a última em vigor que trata sobre o plano de contas é a Resolução Normativa nº 472, de 29 de setembro de 2021, sobre a qual haverá mais detalhes nos tópicos a seguir.

Na Tabela 2 são demonstradas as principais considerações no que tange ao plano de contas das operadoras de planos de saúde. Ele é composto por 4 capítulos e Anexos.

Tabela 2

Informações constantes no Plano de Contas das Operadoras de Planos de Saúde

| | |
|--|--|
| <p>Capítulo I (Normas Gerais)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo; • Aspectos Gerais; • Codificação de Plano de Contas; • Escrituração; • Exercício Social; • Demonstrações Financeiras; • Controles Gerenciais; • Critérios de Avaliação de Apropriação Contábil e de Auditoria; • Notas Explicativas obrigatórias; e • Aplicação dos Pronunciamentos do Comitê de Pronunciamentos Contábeis ao Setor de Saúde Suplementar. |
| <p>Capítulo II (Codificação do Plano de Contas)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Composta por 3 códigos distintos, totalizando 13 dígitos: • 1º Código – Composto por 5 dígitos (a classe, o grupo, o subgrupo, a conta e a subconta); • 2º Código – Composto por 4 dígitos; e • 3º Código – Composto por 4 dígitos (Livre para o uso das operadoras). |
| <p>Capítulo III (Modelos de Publicação)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ativo; • Passivo; • Demonstração do Resultado do Exercício (DRE); • Demonstração do Fluxo de Caixa (DFC); • Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido (DMPL); • Ações de Fiscalização; e • Relacionamento com os prestadores. |

Continua

| | | Conclusão |
|--|--|-----------|
| Capítulo IV (Manual Contábil) | <ul style="list-style-type: none"> • Padronizar o registro das operações do Mercado de Saúde Suplementar; • Monitoramento da Solvência; • Conceitos; e Exemplos de Contabilização. | |
| ANEXOS (PPA) | <ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos Previamente Acordados (PPA); • Aplicado pelo Auditor Independente; • Em conformidade com o pronunciamento NBC TSC 4400 e aprovado pela Resolução 1.277/10 do Conselho Federal de Contabilidade (CFC); • Auditor emite relatório com a descrição dos procedimentos efetuados e as devidas constatações identificadas; e • Informações extraídas do Balancete Contábil e preenchidas na DIOPS. | |

Nota. Elaborada pelo Autor.

Após a implantação e definição do plano de contas, a ANS estabelece uma ferramenta denominado Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), instituído pela Resolução - RE nº 01, de 13 de fevereiro de 2001, homologado pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS, que tem como finalidade a obtenção das informações econômicas e financeiras (geradas nas demonstrações financeiras), dados cadastrais e informações operacionais das OPS. Tais informações são enviadas trimestralmente à ANS.

Como exemplos de informações enviadas e publicadas pelas OPS, temos os seguintes relatórios: Balanço Patrimonial, Demonstrações do Resultado do Exercício (DRE), Demonstração dos Fluxos de Caixa (DFC) e Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido (DMPL). Na Tabela 3 e 4 apresentam-se os modelos de Balanço Patrimonial (Ativo e Passivo) e DRE.

Tabela 3

Modelo de Publicação do Balanço Patrimonial das OPS

| ATIVO | PASSIVO |
|---|--|
| ATIVO CIRCULANTE | PASSIVO CIRCULANTE |
| Disponível | Provisões técnicas de operações de assistência à saúde |
| Realizável | Provisões de Prêmios/Contraprestações |
| Aplicações financeiras | Provisões de Prêmios/Contraprestações Não Ganhas – PPCNG |
| Aplicações Garantidoras de Provisões Técnicas | Provisão de Insuficiência de Prêmios |
| Aplicações Livres | Provisão para Remissão |
| Créditos de operações com planos de assistência à saúde | Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS |
| Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber | Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar Outros Prestadores |
| Créditos de operações de Administração de Benefícios | Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA) |
| Participação de Beneficiários em Eventos/Sinistros indenizáveis | Outras Provisões Técnicas |
| Operadoras de Planos de Assistência à Saúde | Débitos de operações de assistência à saúde |
| Outros Créditos de Operações com Planos de Assistência à Saúde | Contraprestações/Prêmios a restituir |
| Créditos de Operação de Assist. à Saúde não relacionado com Plano de Saúde da Operadora | Receita Antecipada de Contraprestações/Prêmios |
| Despesas Diferidas | Comercialização sobre Operações |
| Créditos tributários e previdenciários CP | Operadoras de Planos de Assistência à Saúde |
| Bens e títulos a receber | Débitos de Operações de Administração de Benefícios |

Continua

| ATIVO | PASSIVO |
|---|---|
| Despesas antecipadas | Outros Débitos de Operações com Planos de Assistência à Saúde |
| Conta corrente com cooperados | Débitos com Operação de Assis. à Saúde Não Relacionados a Planos de Saúde |
| ATIVO NÃO CIRCULANTE | Provisões |
| Realizável a longo prazo | Provisões para IR e CSLL |
| Aplicações financeiras | Provisões para Ações Judiciais |
| Aplicações Garantidoras de Provisões Técnicas | Tributos e encargos sociais a recolher |
| Aplicações Livres | Empréstimo e Financiamento a Pagar |
| Créditos tributários e previdenciários LP | Débitos diversos |
| Títulos e créditos a receber | Conta corrente de cooperados |
| Despesa de Comercialização Diferidas | PASSIVO NÃO CIRCULANTE |
| Ativo fiscal diferido | Provisões técnicas de operações de assistência à saúde |
| Depósitos judiciais e fiscais | Provisões de Prêmios/Contraprestações Não Ganhas – PPCNG |
| Outros créditos a receber a longo prazo | Provisão de Insuficiência de Prêmios |
| Conta corrente com cooperados | Provisão para Remissão |
| Investimentos | Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS |
| Participações societárias avaliadas pelo método de equivalência patrimonial | Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar Outros Prestadores |
| Participações societárias - Operadoras de Planos de Saúde | Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA) |
| Participações societárias em Rede Assistencial | Outras Provisões Técnicas |
| Participações societárias em Outras Sociedades | Provisões |
| Participações societárias pelo Método de Custo | Provisões para Tributos Diferidos |
| Outros investimentos | Provisões para Ações Judiciais |
| Imobilizado | Tributos e Encargos Sociais a Recolher |
| Imóveis de uso próprio | Tributos e Contribuições |
| Imóveis Hospitalares/Odontológicos | Parcelamento de Tributos e Contribuições |
| Imóveis Não Hospitalares/Odontológicos | Tributos e Contribuições relacionados a IN 20 (Cooperativas) – Parcelamento |
| Imobilizado de uso próprio | Empréstimo e Financiamento a Pagar |
| Imobilizado Hospitalares/Odontológicos | Débitos diversos LP |
| Imobilizado Não Hospitalares/Odontológicos | PATRIMÔNIO LÍQUIDO |
| Imobilizações em curso | Capital social / Patrimônio Social |
| Outras imobilizações | Adiantamento para Futuro Aumento de Capital |
| Direito de Uso de Arrendamentos | Reservas |
| Intangível | Reservas de Capital / Reservas Patrimoniais |
| | Reservas de Reavaliação |
| | Reservas de Lucros / Sobras / Retenção de Superávits |
| | Ajustes de Avaliação Patrimonial |
| | (-) Ações em Tesouraria |
| | Lucros/Prejuízos - Superávits / Déficits Acumulados ou Resultado |
| TOTAL DO ATIVO | TOTAL DO PASSIVO |

Nota. Elaborada pelo Autor. Adaptada do Capítulo IV – Plano de Contas ANS (RN nº472).

Tabela 4**Modelo de Publicação Demonstração do Resultado do Exercício das OPS****Contraprestações Efetivas / Prêmios Ganhos de Plano de Assistência à Saúde**

Receitas com Operações de Assistência à Saúde

Contraprestações Líquidas / Prêmios Retidos

Variação das Provisões Técnicas de Operações de Assistência à Saúde

Receita com Administração

(-) Tributos Diretos de Operações com Planos de Assistência à Saúde da Operadora

Eventos Indenizáveis Líquidos / Sinistros Retidos

Eventos / Sinistros Conhecidos ou Avisados

Variação da Provisão de Eventos / Sinistros Ocorridos e Não Avisados

RESULTADO DAS OPERAÇÕES COM PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Outras Receitas Operacionais de Planos de Assistência à Saúde

Receitas de Assistência à Saúde Não Relacionadas com Planos de Saúde da Operadora

Receitas com Operações de Assistência Médico-hospitalar

Receitas com Operações de Assistência Odontológica

Receitas com Operações de Assistência Médico-hospitalar (SUS)

Receitas com Operações de Assistência Odontológica (SUS)

Outras Receitas de Prestação de Serviços de Administração de Benefícios

Receita com Administração de Intercâmbio Eventual - Assistência Odontológica

Receita com Administração de Intercâmbio Eventual - Assistência Médico-hospitalar

Outras Receitas Operacionais

(-) Tributos Diretos de Outras Atividades de Assistência à Saúde

Outras Despesas Operacionais com Planos de Assistência à Saúde

Outras Despesas de Operações de Planos de Assistência à Saúde

Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças

(-) Recuperação de Outras Despesas Operacionais de Assistência à Saúde

Provisão para perdas sobre créditos

Outras Despesas Operacionais de Assist. à Saúde Não Relacionadas com Planos de Saúde da Operadora

RESULTADO BRUTO

Despesas de comercialização

Despesas administrativas

Resultado financeiro líquido

Receitas financeiras

Despesas financeiras

Resultado patrimonial

Receitas patrimoniais

Despesas patrimoniais

Resultado com Seguro e Resseguro

Receitas com Seguro e Resseguro

Despesas com Seguro e Resseguro

RESULTADO ANTES DOS IMPOSTOS E PARTICIPAÇÕES

Imposto de Renda

Contribuição Social

Impostos Diferidos

Participação sobre o Lucro

RESULTADO LÍQUIDO**Nota.** Elaborada pelo Autor. Adaptada do Capítulo IV – Plano de Contas ANS (RN nº472).

2.3.2 Conceitos específicos da saúde suplementar e as suas contabilizações

2.3.2.1 Receitas de Contraprestação, Despesas com Eventos e Provisões Técnicas

A escrituração das OPS deve obedecer às Normas Brasileiras de Contabilidade (NBC TG) estrutura conceitual, do Conselho Federal de Contabilidade (CFC), da Lei 6.404/76 – Lei das Sociedades Anônimas, e deve seguir as orientações consubstanciadas nos pronunciamentos do Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPC). No que tange ao CPC, a RN 472 estabelece que o CPC 11/CPC 50 – Contratos de Seguro, o CPC 29 – Ativo Biológico e Produto Agrícola, o CPC 34 – Exploração e Avaliação de Recursos Minerais, o CPC 35 – Demonstrações Separadas, o CPC 44 – Demonstrações Combinadas, o CPC 49 – Contabilização e Relatório Contábil de Planos de Benefícios de Aposentadoria e o CPC PME – Contabilidade para Pequenas e Médias Empresas não se enquadram na Resolução Normativa RN472.

O Capítulo IV – RN 472, denominado Manual de Contabilidade das OPS, elenca algumas definições de Receitas, Custos, Provisões Técnicas, Ativos Garantidores, entre outros, que são utilizados e específicos para o mercado de saúde suplementar. Essas informações são de suma importância para os agentes internos e os agentes externos que trabalham com a análise das demonstrações financeiras das OPS.

- (a) **Receitas:** De uma forma geral, as Receitas são aumentos nos benefícios econômicos durante o período contábil, sob a forma da entrada de recursos, ou do aumento do Ativo, ou diminuição de Passivos, que resultam em aumento do Patrimônio Líquido e que estejam relacionados com a contribuição dos detentores dos instrumentos patrimoniais (ANS, 2021).

O fato gerador da Receita no Mercado de Saúde Suplementar é a prestação de um serviço de cobertura de riscos relacionados à assistência à saúde, pois a obrigação de garantir o risco é contratual, portanto, todas as coberturas constantes em contrato devem ser asseguradas pela operadora. A terminologia utilizada para a Receita na Saúde Suplementar é Contraprestação / Prêmios, e é reconhecida mensalmente, de acordo com o período de vigência decorrido do contrato.

É importante destacar que as vigências não são obrigadas a iniciar no dia primeiro de cada mês, ou seja, os contratos podem ter as suas vigências ao longo dos dias do mês, dessa forma, as operadoras são obrigadas a constituir uma Provisão, que é denominada Provisão de Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas (PPCNG). De acordo com a ANS (2021), a terminologia Não Ganha significa que o período de risco de cobertura contratual ainda não ocorreu, portanto, a operadora ainda não prestou o serviço para o beneficiário do plano, que é a cobertura contratual dentro daquele prazo, e conseqüentemente a operadora não pode registrar esse valor como Receita (Contraprestação/Prêmios) até que haja cobertura contratual decorrida no tempo.

A contabilização da Receita de Contraprestações/Prêmios é aplicada conforme Tabela 5:

Tabela 5
Exemplificação da contabilização da receita de contraprestação/prêmio

| Data | Descrição da Operação | Valor | Contabilização |
|-------|---|--------------|---|
| 28/04 | Geração das Cobranças de Contraprestação/prêmio | R\$ 1.000,00 | Nada a fazer |
| 10/05 | Registro do Início da cobertura | R\$ 666,67 | Registro do Contas a Receber / Registro da Provisão da Contraprestação não ganha |
| 31/05 | Registro da Receita | R\$ 666,67 | Registro da Baixa da Provisão da Contraprestação/prêmio não ganho / Registro da Receita pelo seu período de cobertura decorrido |
| 10/06 | Registro da 2ª parte da Receita (via conta PPCNG) | R\$ 333,33 | Registro da Baixa da Provisão da Contraprestação/prêmio não ganho / Registro da Receita pelo seu período de cobertura decorrido |

Nota. Elaborada pelo Autor. Adaptada do Anexo - Capítulo 4 da RN472 – pp. 31/32 (ANS, 2022).

- (b) **Despesas:** são decréscimos nos benefícios econômicos durante o período contábil, sob a forma de saída de recursos ou da redução de Ativos ou assunção de Passivos que resultam em decréscimo do Patrimônio Líquido e que estejam relacionados com distribuições aos detentores dos instrumentos patrimoniais (ANS, 2021).

No mercado da Saúde Suplementar, as despesas são conhecidas também como Despesas com Eventos ou custos assistenciais, definidas como qualquer despesa que a Operadora incorra para a prestação do atendimento referente à cobertura contratual do beneficiário do plano de saúde comercializado. A operadora utiliza, para prestar essa cobertura, a rede própria, a rede conveniada e outra operadora.

As despesas com evento são registradas na contabilidade quando incorridas, independentemente do pagamento. Esse momento é o que se denomina registro contábil pelo regime de competência, e são segregadas de acordo com a forma de remuneração ao prestador dos serviços assistenciais, da seguinte forma:

- **Grupo de Contas 4111:** os eventos pagos por procedimento, exceto quando se trata de pacote;
- **Grupo de Contas 4112:** os eventos pagos na modalidade de *Capitation*, ou seja, quando os prestadores recebem um valor fixo por pessoa coberta, o qual remunera os serviços de saúde disponibilizados, incluindo todos os gastos (honorários, diárias, taxas, materiais e medicamentos);
- **Grupo de Contas 4113:** os eventos pagos na modalidade de orçamento global, ou seja, quando os prestadores recebem um valor fixo global, o qual remunera todos os serviços de uma determinada unidade de saúde, incluindo todos os gastos (honorários, diárias, taxas, materiais e medicamentos);
- **Grupo de Contas 4114:** os eventos pagos na modalidade de pacote, ou seja, quando o prestador é remunerado por um conjunto de procedimentos ou serviços prestados que poderão estar relacionados, ou não, a um diagnóstico ou tratamento de condições específica, incluindo todos os gastos (honorários, diárias, taxas, materiais e medicamentos);
- **Grupo de Contas 4115:** os eventos decorrentes do rateio do custo de rede própria;
- **Grupo de Contas 4116:** os eventos prestados por rede indireta (de outras operadoras);
- **Grupo de Contas 4117:** os eventos reembolsados diretamente aos beneficiários;
- **Grupo de Contas 4118:** os eventos prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
- e
- **Grupo de Contas 4119:** os eventos pagos ao prestador por outras formas não enquadradas nas modalidades acima.

A contabilização da Despesa com Eventos é aplicada conforme tabela 6 abaixo:

Tabela 6
Exemplificação da contabilização do evento

| Data | Descrição da Operação | Valor | Contabilização |
|-------|---|--------------|--|
| 20/04 | Pelo conhecimento da ocorrência do evento por qualquer meio de informação | R\$ 1.000,00 | Registro do Evento Conhecido ou Avisado / Provisão de Eventos-Sinistros a liquidar |
| 25/04 | Registro da glosa | R\$ 100,00 | Provisão de Eventos-Sinistros a liquidar / Glosa de Eventos/Sinistros |
| 10/05 | Pagamento ao Prestador | R\$ 900,00 | Provisão de Eventos-Sinistros a liquidar / Banco ou Caixa |

Nota. Elaborada pelo Autor. Adaptada do Anexo - Capítulo 4 da RN472, páginas 40/41 (ANS, 2022).

- (c) **Provisões Técnicas:** são valores contabilizados no grupo de Passivo da Operadora que refletem as obrigações esperadas decorrentes da operação de planos de saúde (ANS, 2021).

Mourad, Paraskevopoulos e Michaelis (2010) definem as provisões como um valor que deve ser contabilizado para fazer frente a uma obrigação já assumida e incorrida pela operadora. As provisões técnicas exigidas para as OPS são:

- 1) Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA);
- 2) Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados SUS (PEONA SUS);
- 3) Provisão para Eventos / Sinistros a Liquidar (PSEL);
- 4) Provisão para Eventos / Sinistros a Liquidar SUS (PSEL SUS);
- 5) Provisão para Insuficiência de Contraprestação (PIC);
- 6) Provisão para Remissão (PR);
- 7) Provisão para Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas (PPCNG).

PEONA e PEONA SUS

Segundo a ANS (2022), a PEONA refere-se à estimativa do montante de eventos / sinistros já ocorridos, porém que ainda não foram avisados pelos prestadores de serviços à operadora. Essa provisão foi regulamentada pela primeira vez através da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 77, de 2001, e atualmente a Resolução Normativa nº 476, de 2021 está em vigor. Em sua regulamentação, inicialmente era necessário ter uma Nota Técnica Atuarial aprovada pela ANS, ou calcular a provisão com base em percentuais preestabelecidos. A partir de janeiro de 2017, a ANS passou a não mais aprovar as metodologias de cálculo da PEONA. Assim sendo, as OPS deverão comunicar à ANS, formal e previamente, a adoção de metodologia atuarial pelo novo método.

Segundo Mourad, Paraskevopoulos e Michaelis:

A PEONA, também conhecida em inglês como IBNR (Incurred But Not Reported), tem como finalidade os seguintes aspectos: refletir a verdadeira experiência com eventos da operadora, ajudar na apuração dos prêmios / contraprestações justos e adequados, assegurar que a operadora tenha recursos para pagar todos os eventos já ocorridos mediante a constituição da provisão adequada e provisionar os eventos na data da ocorrência (competência contábil) (2010, p. 33).

Para fins de contabilização da PEONA, devem ser observadas as seguintes contas no Plano de Contas Padrão das OPS, conforme demonstrado na Tabela 7:

Tabela 7
Contas específicas para provisão de eventos ocorridos e não avisados (PEONA)

| Grupo de Conta | Conta Contábil Padrão | Descrição da Conta |
|------------------------|-----------------------|---|
| Passivo Circulante | 211111041 | Provisões Técnicas de operações de assistência médico-hospitalar com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 211121041 | Provisões Técnicas de operações de assistência odontológica com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| Passivo Não Circulante | 231111041 | Provisões Técnicas de operações de assistência médico-hospitalar com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 231121041 | Provisões Técnicas de operações de assistência odontológica com cobertura assistencial com preço preestabelecido |

Nota. Elaborada pelo Autor. Adaptada da RN393 (ANS, 2022).

A definição da PEONA SUS é a mesma demonstrada acima. A diferença é que os eventos/sinistros são originados do Sistema Único de Saúde (SUS). A regulamentação vigente estabelece que a PEONA SUS deve ser estimada também com base em metodologia atuarial consistente, mas caso a operadora não possua, deverá seguir os percentuais preexistentes na regulamentação.

Tabela 8
Requisitos para constituição da PEONA SUS, caso a Operadora não tenha metodologia própria

| Até 11/2021 | A partir de 12/2021 |
|--|--|
| I – 115% do total dos eventos avisados nos últimos 24 meses, referentes aos procedimentos realizados na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. | I – 80% do total dos eventos avisados nos últimos 24 meses, referentes aos procedimentos realizados na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. |
| II - Fator Individual de PEONA SUS multiplicado pelo total dos eventos avisados nos últimos 24 (vinte e quatro) meses, referentes aos procedimentos realizados na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). | II - Fator Individual de PEONA SUS multiplicado pelo total dos eventos avisados nos últimos 24 (vinte e quatro) meses, referentes aos procedimentos realizados na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). |

Nota. ANS, 2022.

O fator individual é resultante de aplicação de fórmula específica observada na RN393. A ANS divulga mensalmente, por operadora, o fator individual da PEONA SUS, o montante de eventos avisados nos últimos 24 meses e o valor da PEONA SUS calculada pela agência. O valor da PEONA pode ser visto no Portal de Dados Abertos do Governo Federal. É importante destacar que a ANS permite o escalonamento das provisões, possibilitando as OPS a se capitalizarem de modo gradual com vistas a mitigar o seu impacto econômico-financeiro.

Para fins de contabilização da PEONA SUS, devem ser observadas as seguintes contas no Plano de Contas Padrão das OPS, conforme demonstrado na Tabela 9 abaixo:

Tabela 9
Contas específicas para provisão de eventos ocorridos e não avisados (PEONA - SUS)

| Grupo de Conta | Conta Contábil Padrão | Descrição da Conta |
|------------------------|-----------------------|---|
| Passivo Circulante | 211111042 | Provisões Técnicas de operações de assistência médico-hospitalar com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 211121042 | Provisões Técnicas de operações de assistência odontológica com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| Passivo Não Circulante | 231111042 | Provisões Técnicas de operações de assistência médico-hospitalar com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 231121042 | Provisões Técnicas de operações de assistência odontológica com cobertura assistencial com preço preestabelecido |

Nota. Elaborada pelo Autor. Adaptada da RN393 (ANS, 2022).

PESL e PESL SUS

Segundo a ANS (2022), a PESL refere-se à estimativa do montante de eventos / sinistros já ocorridos e avisados, mas que ainda não foram pagos pela OPS aos prestadores de serviços. De acordo com a RN nº 393, de 2015, a PESL deve ser constituída pelo valor integral cobrado pelo prestador no mês da notificação da ocorrência da despesa assistencial bruto de qualquer operação de resseguro, refletindo todos os eventos indenizáveis pendentes de pagamentos pela OPS, tenham eles sido originados na rede própria ou não, devendo, ainda, contemplar os eventuais ajustes nos valores avisados até que ocorra a completa e efetiva liquidação / pagamento do evento / sinistro e depósitos judiciais e parcelamentos de débitos.

A PESL é uma provisão que tem como objetivo resguardar o direito do pagamento aos prestadores de serviços ou ressarcimento aos beneficiários (Magalhães et al., 2015). A definição da PESL SUS é a mesma utilizada acima, com a inclusão ao ressarcimento ao SUS como eventos já ocorridos e avisados. A contabilização da PESL SUS está disciplinado na IN Conjunta nº 5 /2011, e que podem ser subdivididos em: (a) PESL SUS referente aos valores de atendimentos identificados e ainda não cobrados; (b) PESL SUS referente aos valores de atendimentos já cobrados; (c) PESL SUS referente aos valores de débitos parcelados.

Para fins de contabilização da PESL e PESL SUS, devem ser observadas algumas contas contábeis no Plano de Contas Padrão das OPS, conforme demonstrado na Tabela 10 abaixo:

Tabela 10

Contas específicas para provisão de eventos e sinistros a liquidar (PESL e PESL SUS)

| Grupo de Conta | Conta Contábil Padrão | Descrição da Conta |
|------------------------|-----------------------|---|
| Passivo Circulante | 21111103 | Provisões Eventos Sinistros a Liquidar de operações de assistência médico-hospitalar com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 21112103 | Provisões Eventos Sinistros a Liquidar de operações de assistência odontológica com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 21111102 | Provisões Eventos Sinistros a Liquidar SUS de operações de assistência médico-hospitalar com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 21112102 | Provisões Eventos Sinistros a Liquidar SUS de operações de assistência odontológica com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| Passivo Não Circulante | 23111103 | Provisões Eventos Sinistros a Liquidar de operações de assistência médico-hospitalar com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 23112103 | Provisões Eventos Sinistros a Liquidar de operações de assistência odontológica com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 23111102 | Provisões Eventos Sinistros a Liquidar SUS de operações de assistência médico-hospitalar com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 23112102 | Provisões Eventos Sinistros a Liquidar SUS de operações de assistência odontológica com cobertura assistencial com preço preestabelecido |

Nota. Elaborada pelo Autor. Adaptada da RN393 (ANS, 2022).

PIC

A Provisão para Insuficiência de Contraprestação / Prêmios (PIC) foi introduzida pela RN 442/2018, a qual deve ser constituída quando for verificado que as contraprestações/prêmios a serem recebidas, referentes aos contratos vigentes, somados à Provisão de Prêmios/Contraprestações Não Ganhos (PPCNG) forem insuficientes para fazer frente às obrigações contratuais já assumidas pelas OPS. Em resumo, quando o valor do prêmio/contraprestação for inferior ao necessário para custeio das despesas diretas da operação de planos.

A regulamentação vigente estabelece que a PIC pode ser estimada com base em metodologia atuarial própria, desde que seja comunicada à Diretoria de Operações da ANS

(DIOPE). As OPS que não possuem metodologia própria devem seguir o cálculo demonstrado a seguir:

PIC = FIC x (Contraprestações de planos Médico-hospitalares com preço preestabelecido nos últimos 12 meses).

Sendo que o FIC (Fator de Insuficiência de Contraprestações/Prêmios) é calculado da seguinte forma:

FIC = maior valor entre 0(zero) e $\{(EIL + DA + DC + \text{abs}(\text{corresp}) - \text{multasadm} / \text{Contraprestações Efetivas} - \text{var_PIC} + \text{abs}(\text{corresp})) - 1\}$

Onde:

EIL: Eventos Indenizáveis Líquidos/sinistros (conta 41);

DA: Despesas administrativas (conta 46);

DC: Despesas de comercializações (conta 43);

Abs(corresp): Valor absoluto das contraprestações de corresponsabilidade cedida de assistência à saúde (conta 3117);

MultasAdm: Valor referente às multas administrativas reconhecidas contabilmente (conta 466);

Contraprestações efetivas: Receita com operações de assistência à saúde deduzida dos tributos diretos de operações com planos de assistência à saúde da operadora (conta 31 + conta 321);

Var_Pic: Variação da Provisão de Insuficiência de Prêmios (conta 3121x901).

A ANS permite o escalonamento da constituição da provisão, possibilitando às OPS se capitalizarem gradualmente com vistas a mitigar o seu efeito econômico-financeiro.

Para fins de contabilização da PIC, devem ser observadas as contas no Plano de Contas Padrão das OPS, conforme demonstrado na Tabela 11 abaixo:

Tabela 11

Contas específicas para provisão de insuficiência de contraprestação (PIC)

| Grupo de Conta | Conta Contábil Padrão | Descrição da Conta |
|------------------------|-----------------------|--|
| Passivo Circulante | 211111013 | Provisões de Insuficiência de Contraprestação de operações de assistência médico-hospitalar com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 211121013 | Provisões de Insuficiência de Contraprestação de operações de assistência odontológica com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| Passivo Não Circulante | 231111013 | Provisões de Insuficiência de Contraprestação de operações de assistência médico-hospitalar com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 231121013 | Provisões de Insuficiência de Contraprestação de operações de assistência odontológica com cobertura assistencial com preço preestabelecido |

Nota. Elaborada pelo Autor. Adaptada da RN393 (ANS, 2022).

PR

A Provisão de Remissão (PR), prevista na RN393, de 2015, refere-se às obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/prêmios referentes à cobertura de assistência à saúde. A remissão é a dispensa de pagamento da contraprestação/prêmio devido, por prazo contratualmente estipulado, no caso da ocorrência de um fato futuro e incerto contratualmente previsto. Os fatos mais usuais são a morte e o desemprego. A PR deverá ser constituída integralmente, por metodologia atuarial, no mês de competência do fato gerador do benefício previsto contratualmente, devendo ser suficiente para refletir a despesa assistencial esperada dos beneficiários durante todo o prazo restante do benefício.

Para fins de contabilização da PR, devem ser observadas as contas no Plano de Contas Padrão das OPS, conforme demonstrado na Tabela 12 a seguir:

Tabela 12
Contas específicas para provisão para remissão (PR)

| Grupo de Conta | Conta Contábil Padrão | Descrição da Conta |
|------------------------|-----------------------|---|
| Passivo Circulante | 211111014 | Provisão para Remissão de operações de assistência médico-hospitalar com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 211121014 | Provisão para Remissão de operações de assistência odontológica com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| Passivo Não Circulante | 231111014 | Provisão para Remissão de operações de assistência médico-hospitalar com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 231121014 | Provisão para Remissão de operações de assistência odontológica com cobertura assistencial com preço preestabelecido |

Nota. Elaborada pelo Autor. Adaptada da RN393 (ANS, 2022).

PPCNG

A Provisão de Prêmios/Contraprestação Não Ganha, prevista também na RN393, de 2015, refere-se à parcela de prêmio/contraprestação cujo período de cobertura do risco ainda não decorreu. Seu cálculo deve apurar a parcela de prêmio e contraprestações não ganhas, relativas ao período de cobertura mensal do risco, sendo formada pelo valor resultante da fórmula a seguir, para os contratos em pré-pagamento, por meio de cálculos individuais dos contratos vigentes na data-base de sua constituição.

PPCNG = Prêmio/Contraprestação Mensal x (Período de Risco a decorrer / Período Total de Cobertura de risco).

A PPCNG será calculada *pro-rata die*, considerando, para obtenção do período de vigência do risco a decorrer, a quantidade de dias compreendida entre o último dia do mês de cálculo e o último dia de cobertura mensal do risco.

Para fins de contabilização da PPCNG, devem ser observadas as contas no Plano de Contas Padrão das OPS, conforme demonstrado na Tabela 13 abaixo:

Tabela 13
Contas específicas para provisão de prêmio contraprestação não ganha (PPCNG)

| Grupo de Conta | Conta Contábil Padrão | Descrição da Conta |
|------------------------|-----------------------|---|
| Passivo Circulante | 211111011 | Provisão de Prêmio/Contraprestação não ganha de operações de assistência médico-hospitalar com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 211121011 | Provisão de Prêmio/Contraprestação não ganha de operações de assistência odontológica com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| Passivo Não Circulante | 231111011 | Provisão de Prêmio/Contraprestação não ganha de operações de assistência médico-hospitalar com cobertura assistencial com preço preestabelecido |
| | 231121011 | Provisão de Prêmio/Contraprestação não ganha de operações de assistência odontológica com cobertura assistencial com preço preestabelecido |

Nota. Elaborada pelo Autor. Adaptada da RN393 (ANS, 2022).

ATIVOS GARANTIDORES

Conforme especificado anteriormente, o registro das provisões técnicas representa o cálculo dos riscos esperados inerentes às operações de assistência à saúde. Já os ativos garantidores são recursos financeiros destinados a cobrir os riscos, caso eles se traduzam em despesas. Os recursos aplicados nesses ativos devem obedecer a determinados limites percentuais, de aceitação e diversificação, de acordo com a sua natureza e riscos inerentes, conforme instituído na Resolução Normativa nº 392/2015.

Os ativos garantidores podem ser ações, títulos ou valores mobiliários de titularidade da OPS ou do mantenedor da entidade de autogestão, ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, que sirvam de lastro das provisões técnicas, seguindo os critérios de diversificação, registro, vinculação, custódia e limites determinados pela ANS. Quanto aos limites de alocação e concentração dos ativos, a operadora deve seguir critérios da Resolução do Conselho Monetário Nacional (CMN) nº 4.993/2022.

Os Ativos garantidores são demonstrados no Balanço Patrimonial da OPS e registrados no seu Ativo. A OPS pode também possuir Ativos Livres. Tais ativos podem ser usados como Ativos Garantidores. Os ativos livres não visam o lastro das provisões técnicas, ou seja, são disponibilidades não atreladas aos riscos inerentes à operação. O lastro é a segurança de que as provisões técnicas sejam honradas.

Os ativos garantidores são de fundamental importância para a continuidade das OPS, pois eles garantem o pagamento de suas provisões técnicas e são peças essenciais na qualidade de informação contábil por permitirem uma maior segurança aos usuários da informação.

2.4 Indicadores de desempenho

De acordo com os primeiros tópicos das Teorias mencionadas anteriormente, a regulação da ANS tem como foco a regulamentação e fiscalização das OPS e as divulgações de informações são fundamentais para a correção da falha de mercado. Nesse contexto, considera-se que a visão do desempenho operacional das OPS é uma das formas de monitoramento da saúde econômica e financeira, com o objetivo de assegurar a sua capacidade de prestação de serviços aos beneficiários. O desempenho econômico-financeiro tem suma importância, pois auxilia e ajuda na avaliação das decisões organizacionais (Silva & Loebel, 2016).

Ainda para Silva e Loebel (2016), a compreensão do conceito de desempenho é necessária tanto para fins acadêmicos quanto para fins gerenciais, uma vez que é desse conhecimento que as empresas tomam as suas decisões. É pela avaliação do desempenho organizacional que as empresas compreendem as suas ações e resultados (Lavieri & Cunha, 2009). Na visão de Chaves, Alcântara e Assunção (2008), a mensuração do desempenho ajuda a verificar se os objetivos das empresas estão sendo alcançados, bem como auxilia a empresa a aplicar melhor os seus recursos.

Uma análise do desempenho econômico-financeiro de uma empresa pode ser feita pelas informações extraídas dos seus demonstrativos financeiros que atendem aos objetivos de análise de investidores, credores, concorrentes, empregados, governo etc. A análise de balanço é desenvolvida com base nas demonstrações financeiras, sendo sinônimas as expressões: análise de balanço, análise das demonstrações contábeis e análise de relatórios financeiros (Assaf Neto, 2021).

O desempenho organizacional é um processo permanente e repetitivo, pois o gestor pode se preparar para as possíveis mudanças a que a empresa está sujeita no mercado (Macedo et al., 2008). Para uma avaliação de desempenho, é fundamental a determinação dos indicadores a serem utilizados para uma melhor medição do processo. Identificar a medição do processo está associado à complexidade com que se deseja avaliar, e em relação às metas das empresas e às expectativas do uso desses dados (Chaves, Alcântara, & Assunção, 2008).

Na literatura nacional, tem-se verificado diversos estudos sobre o desempenho organizacional das empresas com o intuito de identificar a melhor forma de sua avaliação. Porém, para Barney (2006), existe uma grande quantidade de definições sobre o desempenho das empresas. Contudo, na visão do autor, não há consenso sobre a melhor definição ou quais são os melhores indicadores a serem utilizados. Segundo Iudícibus (2009), apesar das técnicas desenvolvidas de análise de balanço, não há nenhuma metodologia formal e aceita unanimemente pelos analistas de mercado.

A análise de desempenho é realizada por meio de mensuração de indicadores numéricos, multiplicadores, montantes, quocientes e percentuais. Para Assaf Neto (2021), existem diversos índices úteis para o processo de análise, sendo classificados como: Liquidez, Rentabilidade e Estrutura.

- (a) **Indicadores de Liquidez:** evidenciam a situação financeira de uma empresa frente aos compromissos financeiros assumidos (Martins, Diniz, & Miranda, 2021). As variações desses índices devem ser motivo de estudo, pois a falta de liquidez pode levar a empresa para uma situação de insolvência. Para Assaf Neto (2021), a Liquidez Imediata (LI) revela a porcentagem de dívidas imediatamente, a Liquidez Corrente (LC) revela quanto existe de ativo para cada R\$1 de dívida de curto prazo, e a Liquidez Geral (LG) revela a liquidez tanto no curto quanto no longo prazo.
- (b) **Indicadores de Rentabilidade:** medem como a empresa pode ser lucrativa por meio de capitais investidos, quanto rendeu aos investimentos e o seu resultado econômico (Barros, 2016). Como exemplos de indicadores de rentabilidade, tem-se: Margem de Lucro Líquido (MLL), Margem de Lucro Bruto (MLB), Retorno sobre o Ativo (ROA), Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE), Lucro antes dos Juros e Impostos (EBIT), Lucro antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização, e em inglês, *Earning Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization* (EBITDA) e Imobilização do Patrimônio Líquido (IMOB).
- (c) **Indicadores de Endividamento:** permitem avaliar a capacidade da empresa de financiar os seus ativos com recursos próprios ou terceiros (Fernandes, Cailleau, & Souza, 2019). Como exemplos de Indicadores de Endividamento, tem-se: Índice de Endividamento (ENDIV), Composição de Endividamento (CE) e Capital de Terceiros a Curto Prazo (CTCP).

Ainda para Fernandes, Cailleau e Souza (2019), outro grupo de indicadores muito comum, que permite uma visão global de produção, é o de Atividades. Os indicadores de Atividades analisam especificamente o ciclo operacional que envolve os aspectos operacionais de uma empresa com relação à aquisição de insumos/mercadorias e recebimento das vendas (Assaf Neto, 2021). Os principais indicadores conhecidos na análise das OPS no mercado de saúde suplementar são: DM (Sinistralidade ou Despesas médicas), DC (Índice de despesas de comercialização), DA (Índice de despesas administrativas), COMB (Índice combinado) e COMBA (Índice combinado ajustado).

Para melhor entendimento de como calcular ou conhecer cada indicador mencionado, a Tabela 14 a seguir apresenta o seu detalhamento.

Tabela 14
Indicadores econômicos e financeiros

| Siglas | Denominação | Fórmulas |
|--------|---|--|
| ROA | Retorno sobre o ativo | Lucro líquido / Ativo total |
| ROE | Retorno sobre o patrimônio líquido | Lucro líquido / Patrimônio líquido |
| MLB | Margem de lucro bruto | Resultado bruto / Contraprestações efetivas |
| MLL | Margem de lucro líquido | Resultado líquido / Contraprestações efetivas |
| EBIT | Lucro antes de juros e impostos | (Resultado líquido + Despesa financeira + IR + CSLL – Impostos diferidos) / Contraprestação efetiva |
| EBITDA | Lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização | (Resultado líquido + Despesa financeira + IR + CSLL – Impostos diferidos + Depreciação + Amortização) / Contraprestação efetiva |
| IMOB | Imobilização do patrimônio líquido | Imobilizado / Patrimônio líquido |
| ENDIV | Índice de endividamento | Capital de Terceiros / Patrimônio Líquido |
| CE | Composição de endividamento | Passivo circulante / Capital de Terceiros |
| CTCP | Capital de terceiro a curto prazo | Passivo não circulante / Capital de Terceiros |
| DOP | Percentual de Despesas Operacionais em relação às Receitas Operacionais | (Despesas Administrativas + Despesa de comercialização + Eventos indenizáveis líquido + Outras Despesas Operacionais) / (Contraprestações efetivas + Outras Receitas Operacionais) |
| IRF | Índice de Resultado Financeiro | Resultado Financeiro Líquido / Contraprestação efetiva |
| DM | Sinistralidade ou Despesas médicas | Eventos indenizáveis líquido / Contraprestação efetiva |
| DC | Índice de despesas de comercialização | Despesas de comercialização / Contraprestação efetiva |
| DA | Índice de despesas administrativas | Despesas administrativas / Contraprestação efetiva |
| COMB | Índice combinado | (Despesas Administrativas + Despesa de comercialização + Eventos indenizáveis líquido) / Contraprestações efetivas |
| COMBA | Índice combinado ajustado | (Despesas Administrativas + Despesa de comercialização + Eventos indenizáveis líquido) / Contraprestações efetivas + Resultado financeiro |
| LI | Liquidez imediata | Caixa e Equivalentes de Caixa / Passivo circulante |
| LG | Liquidez geral | (Ativo circulante + Realizável a Longo Prazo) / (Passivo circulante + Passivo Não Circulante) |
| LC | Liquidez corrente | Ativo circulante / Passivo circulante |

Nota. Elaborada pelo Autor. Adaptada do livro *Análise Avançada das Demonstrações Contábeis*, autores Martins, Diniz e Miranda (2021, pp. 155 e 183), Anexo III da RN443 da ANS e outras fontes.

Outro indicador utilizado no acompanhamento das OPS é o Indicador de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), instituído pela Resolução Normativa 386, de outubro de 2015, que tem como objetivos estimular a qualidade setorial, reduzir a assimetria da informação e oferecer subsídios para a melhoria da gestão das OPS.

O IDSS é um índice composto por um conjunto de indicadores agrupados em quatro dimensões e é calculado com base nos dados extraídos dos sistemas de informações da ANS, ou coletados nos sistemas nacionais de informações em saúde. É importante destacar que a ANS divulga e disponibiliza anualmente o resultado desse indicador para análise e acompanhamento do mercado.

O IDSS permite a comparação entre OPS, estimulando a disseminação de informações de modo transparente e a redução da assimetria de informação, falha do mercado que compromete a capacidade do consumidor de fazer suas escolhas no momento da contratação ou troca de um plano de saúde e ampliação da concorrência baseada em valor no setor de saúde suplementar.

Após a apresentação dos tópicos 2.1 – Teoria Econômica da Regulação, 2.2 – Teoria da Divulgação, 2.3 – Planos de contas e conceitos contábeis das OPS e 2.4 – Indicadores de

desempenho como elementos de entendimento que contribuiram para a evolução da saúde no Brasil, é preciso também conhecer a história da nossa saúde, desde a época do Brasil Colônia até a formação e entendimento do novo mercado de saúde suplementar no Brasil.

2.5 A história da saúde no Brasil e mercado de saúde suplementar

2.5.1 A história da saúde no Brasil

A história da saúde pública no Brasil começa desde a época do Brasil Colônia. Nesse período a população era toda de indígenas, e estes já sofriam com algumas enfermidades. O quadro da saúde dessa população se complicou com a chegada dos colonizadores europeus, pois os nativos não eram imunes às doenças trazidas por eles, e conseqüentemente, muitas etnias indígenas foram dizimadas. Nesse período não existia preocupação com o desenvolvimento da área de saúde, não havia infraestrutura e não existia planejamento público (Polignano, 2015).

Para o período do Brasil Império, com a chegada da família real, o Brasil começou a receber mais recursos para a infraestrutura. Foram criados cursos universitários de Medicina e Química, surgindo importantes centros para o desenvolvimento da saúde no país, como a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e o Colégio Médico Cirúrgico no Real Hospital Militar de Salvador (Cunha et al., 2009).

A partir de 1822, com a independência do Brasil, iniciaram-se alguns cuidados com a saúde, tais como a criação de órgãos para fiscalização da higiene pública e o Instituto Vacínico do Império, local onde surgiu a vacina contra tuberculose, febre amarela e malária (Brasil, 2016). Até 1889, o Brasil continuava a sofrer com as epidemias e falta de saneamento básico. Somente em 1934, com a criação do Ministério da Educação e Saúde, começaram-se a criar medidas mais efetivas para controlar as epidemias e endemias existentes à época. Nesse mesmo ano, a nova Constituição implementada concedeu assistência médica para os trabalhadores.

No período de ditadura varguista, entre 1937 e 1938, em meio a um Estado autoritário, a saúde pública, por intermédio do Ministério de Educação, proporcionou campanhas nacionais contra a Febre Amarela e a Tuberculose. Além disso, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estenderam a previdência social para a maior parte dos trabalhadores urbanos.

No período pré-ditadura militar (1945 – 1964), ocorreram algumas mudanças no sistema de saúde, com destaque para a criação do Ministério da Saúde (1953), que tinha como objetivo definir políticas públicas de saúde e melhorar o atendimento na zona rural. Nesse mesmo período, surgiram as primeiras conferências sobre a saúde pública no Brasil, que tiveram como papel fundamental a discussão sobre a criação do sistema de saúde para toda a população. A partir de 1960, leis unificaram os direitos dos trabalhadores urbanos e realizou-se a expansão da assistência hospitalar, surgindo, assim, as empresas de saúde (Pereira Filho, 1999).

Ainda no processo de mudanças no sistema de saúde, durante a ditadura militar de 1964 – 1985, ocorreram outros fatos relevantes, tais como: a) transformação do IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); b) privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966); c) criação de Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes; d) estabelecimento da crise na previdência social; e) criação do INAMPS em 1977; f) financiamento, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), dos estados e municípios para expansão da cobertura; g) centralização do sistema de saúde, com fragmentação institucional e beneficiando o setor privado (Polignano, 2015).

No período de 1985 até 2000, o INAMPS continuou a financiar estados e municípios. Houve a expansão das Ações Integradas de Saúde (AIS) e a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1987. Além disso, o período é marcado pela contenção das políticas privatizantes. Novos canais de participação popular sobre os serviços de saúde prestados são disponibilizados (Chioro & Scaff, 1999). Houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a extinção do INAMPS, em 1993. Em 1994, cria-se o programa de saúde da família. Também se

inicia o tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS. Começa a regulamentação dos planos de saúde privados com a criação da Agência ANVISA em 1999 e da ANS em 2000.

A história do sistema de saúde no país mostra que o Sistema Público de Saúde resultou de décadas de luta de um movimento que se denominou como Movimento da Reforma Sanitária, expressão usada para se referir ao conjunto de ideias relacionadas às mudanças e transformações necessárias na área de saúde (Fleury, 2009). Essas mudanças não estavam voltadas apenas ao sistema, mas a todo o setor de saúde, com o intuito de implementar melhorias nas condições de vida da população brasileira. As propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, que foi oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS.

A constituição Federal de 1988, em seu artigo 196,

“menciona que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Lei Federal nº 8.080, de 1990, regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de: a) identificar e divulgar as condicionantes e determinantes da saúde; b) formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; e c) fazer as ações de saúde de promoção, proteção e recuperação, integrando ações assistenciais e preventivas.

O SUS foi criado para democratizar a saúde no Brasil, com a incumbência de fornecer serviços de qualidade para a população. Ao longo da história, contudo, o que se observou foi uma decadência no atendimento da saúde pública, provocada por vários fatores, entre os quais se destacam: a) baixo investimento por parte do Governo; b) poucos incentivos em profissionais da área de saúde; c) baixa infraestrutura hospitalar; d) escassez de grandes equipamentos médicos; e) uma tecnologia ultrapassada (baixa qualidade) (Gawryszewski, Oliveira, & Gomes, 2012).

Esse cenário na saúde pública fez crescer, num período não muito longo, o sistema privado de saúde. Com o surgimento desse sistema, conforme ANS (2021), durante o ano de 2021, cerca de 47 milhões de brasileiros buscaram um atendimento mais qualificado e eficiente na saúde, mesmo que nessa busca tenha havido um custo, ou seja, o pagamento de uma contraprestação pecuniária, para obtenção desse desejo. Destaca-se que o número de beneficiários em 2021 chegou a 49 milhões.

Passada a primeira década do século XXI, os planos e seguros privados de assistência à saúde (doravante planos de saúde) se consolidam no Brasil, segundo a ANS, agência reguladora federal responsável pelo setor. Apesar da validade da denominação desse mercado como sistema de saúde, a afirmativa da ANS remete a uma pertinente reflexão sobre a relevância e tamanho que esse mercado alcançou no Brasil, que pode ser evidenciada pela abrangência de atendimento, com assistência médica a cerca de ¼ da população, e de seu faturamento anual, próximo ao do orçamento federal para a saúde pública. Segundo os dados do site Portal da Transparência (Brasil, 2021), o orçamento de 2021 para a área de atuação de saúde foi de R\$189 bilhões, enquanto o faturamento das OPS para o mesmo período foi de aproximadamente R\$ 118 bilhões.

2.5.2 Mercado de saúde suplementar

Alguns dos atuais esquemas de assistência privada à saúde, baseados na captação de recursos de empresas e seus empregados, foram criados nos anos 40 e 50, com a implantação da caixa de assistência aos funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e a assistência patronal para os servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (GEAP). No setor privado, os sistemas assistenciais acompanharam a instalação da indústria automobilística, principalmente, as montadoras estrangeiras. A partir da década de 60, a relação entre financiadores e provedores de serviços foi modificada, surgindo os denominados convênios médicos entre as empresas, os

empregadores e empresas médicas, tais como: cooperativas médicas e medicinas de grupo (Bahia & Vianna, 2002).

O setor de planos de saúde é conhecido como suplementar pelo fato de se pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica (Bahia & Vianna, 2002). Para Pietrobon, Prado, & Caetano (2008) o sistema privado é dividido em dois subsectores, são eles: saúde suplementar e liberal clássico. O liberal clássico é composto por serviços particulares autônomos, no qual os profissionais de saúde estabelecem diretamente as condições de tratamento e de suas remunerações. A saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros saúde, os quais possuem um financiamento privado, mas com subsídios públicos. Dessa forma, o mercado de saúde suplementar é a atividade que envolve a operação de planos ou seguro saúde, e é regulada pelo poder público, representado pela ANS.

A criação da ANS surgiu com o advento da Lei nº 9.961/2000 e a regulamentação dos planos de saúde entrou em vigor com a Lei nº 9.656/98. No Brasil, as primeiras empresas de medicina de grupo surgiram na década de 60 para atender, em princípio, aos trabalhadores do ABC paulista. As indústrias multinacionais que ali se instalavam, diante das deficiências da saúde pública, preocuparam-se em buscar outros meios para propiciar atendimento médico de qualidade a seus empregados (Pereira Filho, 1999).

De acordo com a ANS (2021), o setor de planos e seguros de saúde do Brasil é um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo, fato esse que pode ser evidenciado pela abrangência de atendimento, com assistência médica a cerca de $\frac{1}{4}$ da população, e por seu faturamento anual para 2021 ser de R\$ 248 bilhões.

O mercado de saúde privada vem registrando, ao longo desses anos, um grande crescimento e movimentando bilhões de reais na economia brasileira. Em 2017, os gastos com saúde no Brasil, incluindo a saúde pública, alcançou o montante de R\$ 608,3 bilhões, representando 9,2% do Produto Interno Bruto (PIB). Desse montante, R\$ 354,6 bilhões foram gastos realizados pelas famílias brasileiras. Entre as despesas com saúde, o maior gasto das famílias brasileiras (66,8%) foi com os planos de saúde (IBGE, 2021).

A relevância torna-se maior quando se comparam as despesas de saúde das famílias brasileiras com as de outros países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Ainda de acordo com o IBGE, em média, os países ricos gastam 8,8% do PIB com saúde; desse total, 6,5% representam despesas do governo e 2,3% gastos da família. Os brasileiros gastam mais do que o dobro com o setor do que as famílias de nações ricas, ou seja, 5,4%, enquanto a Alemanha gasta 1,8%. Esses gastos da família brasileira são maiores do que os demais países ricos devido à falta de participação do governo no que tange às despesas com saúde.

O crescimento e representatividade dos gastos com saúde em relação ao PIB são apresentados na Figura 1, na qual se demonstra a taxa de crescimento do número de beneficiários de planos de saúde. Além disso, de acordo com os dados da Tabela 2, em março de 2021 eram 48 milhões de brasileiros beneficiários de planos de saúde e 27 milhões são beneficiários exclusivos de planos odontológicos, que buscam, de uma certa forma, por um atendimento mais qualificado e eficiente na saúde, mesmo que para isso seja necessário um custo, ou seja, o pagamento de uma contraprestação pecuniária para obtenção desse desejo. Para Silva (2003), as constantes críticas somadas às ineficiências do setor público serviram como grande atrativo para os planos de saúde expandirem a sua atuação no mercado.

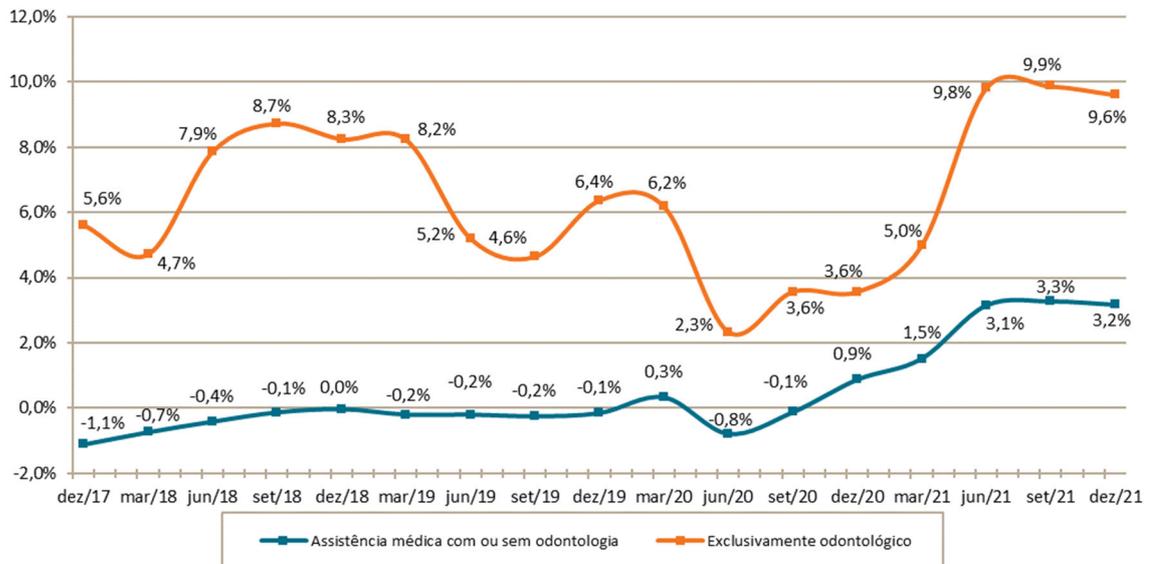


Figura 1. Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – dez./2017-dez./2021

Nota. ANS (2022).

Tabela 15

Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil – dezembro/2010 – dezembro/2021)

| Data | Assistência Médica com ou sem Odontologia | Exclusivamente odontológico |
|--------|---|-----------------------------|
| dez/10 | 44.937.350 | 14.514.074 |
| dez/11 | 46.025.814 | 16.669.935 |
| dez/12 | 47.846.092 | 18.538.837 |
| dez/13 | 49.491.826 | 19.561.930 |
| dez/14 | 50.531.748 | 20.081.836 |
| dez/15 | 49.279.085 | 20.780.720 |
| dez/16 | 47.685.266 | 21.181.491 |
| dez/17 | 47.159.746 | 22.273.451 |
| dez/18 | 47.142.192 | 24.083.950 |
| dez/19 | 47.078.994 | 25.606.799 |
| dez/20 | 47.483.112 | 26.502.966 |
| dez/21 | 48.925.562 | 28.885.965 |

Nota. ANS (2022).

Desde 2000, o setor opera sob a supervisão da ANS, agência responsável por sua regulação assistencial, administrativa e econômica. Durante esses 22 anos, muitas mudanças em termo de controle e acompanhamento das situações econômico-financeiras foram implementadas, e pode-se destacar inicialmente a estrutura empresarial do setor de saúde suplementar. Atualmente, tal estrutura é composta por operadoras que se classificam em diferentes modalidades de atuação, conforme observa-se na Tabela 16.

Tabela 16
Definições das Modalidades de Operadoras de saúde

| Modalidade | Definição | Nº de Operadoras |
|-----------------------------------|---|---|
| Medicina de Grupo | Operadoras que comercializam planos de saúde para Pessoa Física ou Pessoa Jurídica. Possui uma estrutura própria ou contratada de terceiros (médicos, hospitais, laboratórios e clínicas). | 264 |
| Odontologia de Grupo | Operadoras que comercializam planos exclusivamente odontológicos para Pessoas Físicas ou Pessoas Jurídicas. Podem possuir uma estrutura própria ou contratada. | 170 |
| Seguradora Especializada em Saúde | Operadoras que não possuem uma estrutura própria, mas referenciam uma rede de serviços. | 8 |
| Cooperativa Médica e Odontológica | Operadoras que comercializam planos para Pessoa Física ou Pessoa Jurídica e podem possuir ou não uma estrutura própria. Essas Operadoras seguem a Lei 5.764/71 – Leis das Cooperativas, e são constituídas por uma associação autônoma de pelos menos 20 pessoas que se unem voluntariamente em uma sociedade coletiva e de interesse comum. | Coop. Médica: 278 e Coop. Odontológica: 102 |
| Autogestão | Pessoa Jurídica de direito privado de fins não econômicos que opera plano de saúde, criado por empresas, associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de categorias profissionais ou assemelhados com o objetivo de prestar assistência à saúde exclusivamente de seus empregados, ex-empregados, administradores, ex-administradores, associados e dependentes do grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários. | 155 |
| Filantropia | Entidades hospitalares sem fins lucrativos que operam planos privados de Assistência à Saúde. Exemplos: Santas Casas de Misericórdia e Hospitais de Congregações, Associações, Fundações ou Sociedades Beneficentes. | 34 |
| Administradora de Benefícios | 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. | 171 |

Nota. Elaborada pelo Autor.

De acordo com a Figura 2, a maior concentração de beneficiários em dezembro/21 está na modalidade das operadoras de medicina de grupo, com cerca de 19,7 milhões de beneficiários, seguida das cooperativas médicas, com 18,0 milhões, seguradoras especializadas com 6,3 milhões, autogestão com 4,1 milhões e por último as filantrópicas com 0,9 milhão de beneficiários.

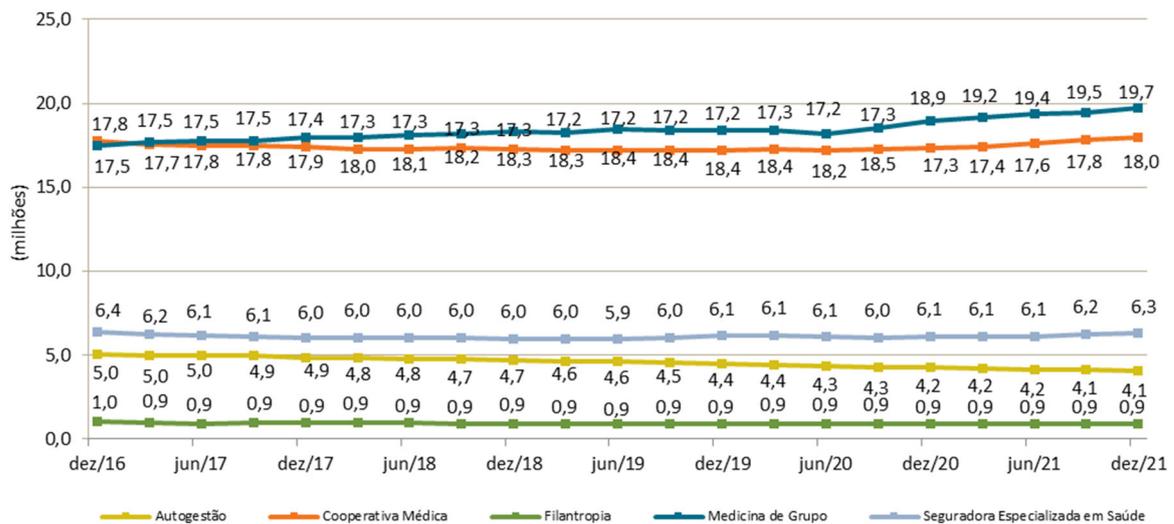


Figura 2.
Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil - dez/2016-dez/2021)
 Fonte. ANS (2021).

Há diversos controles e regras estabelecidas pela ANS para as operadoras seguirem. Todas elas são obrigadas a trabalhar junto com os seus beneficiários as formas de contratações estabelecidas, são elas: Planos Individual ou Familiar, Planos Coletivos e Planos Coletivos Empresariais. Para cada forma contratada de plano é necessário observar suas principais características, conforme demonstrado na Tabela 17.

Tabela 17
Forma de contratação de planos de saúde e suas principais características

| Forma de Contratação | Principais Características |
|-------------------------------|--|
| Planos Individual e Familiar | <ul style="list-style-type: none"> ○ Adesão: Livre. ○ Carência: Sim. ○ Cobertura: Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos. ○ Rescisão: Apenas em caso de fraude e/ou falta de pagamento. ○ Cobrança: Diretamente ao consumidor pela operadora de planos de saúde. |
| Planos Coletivos | <ul style="list-style-type: none"> ○ Adesão: Exige vínculo com associação profissional ou sindicato. ○ Carência: Sim. Salvo para quem ingressa no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou no aniversário do mesmo. ○ Cobertura: Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos. ○ Rescisão: Previsão em contrato e somente válida para o contrato como um todo. ○ Cobrança: Diretamente ao consumidor pela Pessoa Jurídica contratante ou pela Administradora de Benefícios. |
| Planos Coletivos Empresariais | <ul style="list-style-type: none"> ○ Adesão: Exige vínculo com Pessoa Jurídica por relação empregatícia ou estatutária. ○ Carência: Sim. Salvo para contrato com 30 ou mais beneficiários e para quem ingressa no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à empresa. ○ Cobertura: Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos. ○ Rescisão: Previsão em contrato e somente válida para o contrato como um todo. ○ Cobrança: Diretamente ao consumidor pela Pessoa Jurídica contratante ou pela Administradora de Benefícios. |

Fonte. ANS (2021).

Na Figura 3 está demonstrada a distribuição percentual dos beneficiários de planos de saúde, por tipo de contratação em dezembro/21. Destacam-se os planos coletivos empresariais com a maior fatia do mercado, com cerca de 68,8% dos beneficiários dos planos de assistência médica e 72,7% nos planos de assistência odontológica. Em segundo lugar encontram-se os planos individuais ou familiares, com 18,2% dos beneficiários na assistência médica e 17,6% na assistência odontológica.

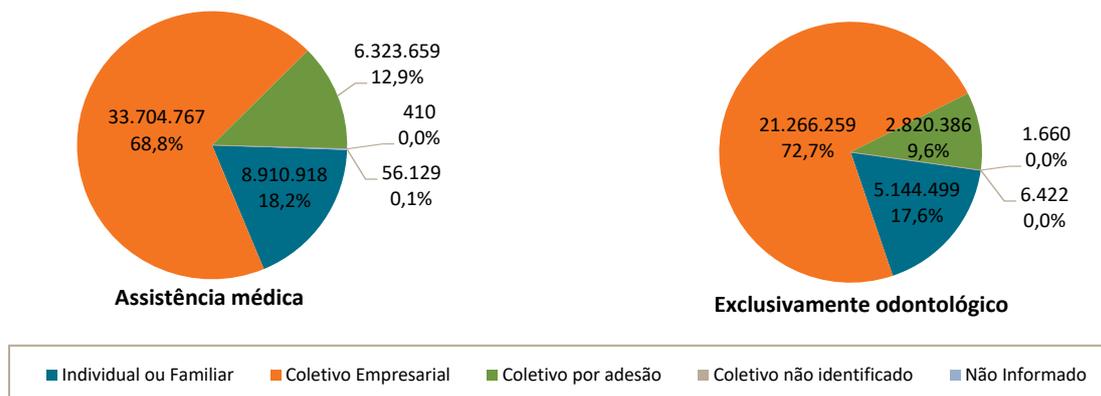


Figura 3. Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil – dez/2021).

Nota. ANS (2021).

O mercado de saúde suplementar faz parte da cadeia produtiva do setor de saúde. A funcionalidade dessa cadeia é representada pelos seguintes agentes: beneficiários, fornecedores, corretores, operadoras de saúde e os prestadores de serviços. O mapeamento da cadeia de saúde consiste no levantamento das atividades realizadas, iniciando nos insumos até o cliente final. Os insumos, em geral, são distribuídos ou entregues pelos fornecedores de materiais, equipamentos médicos e medicamentos aos prestadores de serviços, que podem ser exemplificados como hospitais, laboratórios, clínicas e médicos.

Observa-se a relevância da cadeia produtiva do setor de saúde através dos seus números. Em 2021 os valores de consultas foram de R\$ 24,2 bilhões, os exames atingiram o patamar de R\$ 40,6 bilhões, as terapias R\$ 15,7 bilhões, as internações R\$ 91,7 bilhões, finalizando com os outros atendimentos ambulatoriais em R\$ 17,6 bilhões. Para melhor entendimento, a ANS define esses indicadores assistenciais da seguinte forma:

- **Consultas Médicas:** Total de atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência;
- **Exames:** Total dos procedimentos de auxílio diagnóstico utilizados para complementar a avaliação do estado de saúde, em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamento, materiais e taxas;
- **Terapias:** Total de atendimentos utilizando métodos de tratamento, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas;
- **Internações:** Total de internações classificadas conforme o principal procedimento gerador identificado por ocasião da alta hospitalar;
- **Outros Atendimentos Ambulatoriais:** Atendimentos realizados em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários

profissionais, medicamentos, materiais e taxas (exceto consultas médicas, exames e terapias).

2.6 Covid-19 e os cuidados com a saúde

2.6.1 Covid-19

O início de 2020 foi marcado historicamente pelo surgimento da infecção do coronavírus em todos os continentes, caracterizando uma pandemia, que foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11/03/2020. A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. O SARS-CoV-2 é um beta coronavírus descoberto em amostras de lavado broncoalveolar obtidas de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019 (Saúde, 2021).

O número de casos de Covid-19 e de óbitos que ela causou no mundo demonstram a gravidade dessa doença nos seres humanos. Até o mês de dezembro de 2021, o número de casos no mundo atingiu aproximadamente 270 milhões de pessoas, sendo que houve cerca de 5,3 milhões de óbitos. O Brasil é o 2º país no ranking de pessoas que morreram em função do novo coronavírus, cerca de 617,3 mil, perdendo apenas para os Estados Unidos, em 1º no ranking, com cerca de 793 mil pessoas.

A pandemia da Covid-19 atravessa um período superior a 18 meses e, de acordo com as informações transmitidas pelo telejornalismo, não existe ainda uma previsão para o fim da pandemia no Brasil e no Mundo. Em um período longo como esse, a economia do Brasil e do Mundo sofre grandes impactos, gerando também impactos em outros segmentos. Para Veiga Neto (2020), uma pandemia não tem impacto apenas na questão sanitária, mas também tem consequências importantes para a política, economia e meio ambiente, impossibilitando, assim, estimar o real impacto na economia.

De acordo com o Guia de Impactos nas demonstrações financeiras da BDO (2020), os efeitos econômicos do novo Coronavírus estendem-se a todos os setores da sociedade devido aos seus impactos generalizados, tais como: a) queda dos investimentos, reduzindo a demanda de bens e serviços; b) instabilidade do mercado financeiro, com oscilações nos ativos da B3; c) desvalorização do real, que afeta diretamente as empresas que dependem de importação de insumos e com consequente aumento de seus custos/passivos e potenciais impactos nas cláusulas de *covenants*; d) interrupção das cadeias globais de suprimentos pelas restrições impostas ao movimento de pessoas e bens.

O impacto dessa pandemia afetou profundamente a economia brasileira ao longo de 2020 e 2021, e sua continuidade causa incertezas no ritmo de contaminação da população. O isolamento social foi a forma de segurança para diminuir e/ou combater a disseminação do vírus. Tal isolamento trouxe consequências negativas ao PIB brasileiro. A Carta de Conjuntura nº 47 do IPEA (2020) informa que o crescimento do PIB antes da Covid-19 vinha apontando para uma taxa de crescimento em torno de 2,1% em 2020 e 3,0% em 2021. Segundo o site da agência IBGE notícias, o PIB brasileiro em 2020 caiu 4,1% frente ao ano de 2019, a menor taxa da série histórica, iniciada em 1996. Para as atividades de serviços, especialmente para saúde, a queda foi de 4,7%. No ano de 2021 o PIB cresceu 4,6%.

Com essa crise no setor de saúde, conforme dados do IESS (2020), a variação do Custo Médico-hospitalar observado nos planos individuais atingiu 12,5% em março de 2020, enquanto o IPCA/IBGE para o mesmo período foi de 3,3%, equivalendo a um aumento real de 9,2% ante 11,9% referente a março de 2019. Em dados mais recentes, para o período de setembro de 2020 ao mesmo período de 2021, a variação do Custo Médico-hospitalar atingiu 27,7%, enquanto a inflação oficial do Brasil em 2021 foi de 10,06%, demonstrando uma elevação dos custos assistenciais para as OPS. Enquanto isso, no mercado de saúde suplementar, as operadoras, no ano de 2020, tiveram um aumento no lucro líquido de 49,5%, um aumento na Receita de 4,7% e uma

redução de 7 pontos percentuais no índice de sinistralidade (74,5% em 2020), quando comparado ao mesmo período de 2019. O ano de 2021 demonstrou um caminho inverso, no qual o lucro líquido foi reduzido em 79,5% e houve aumento na sinistralidade em mais de 10 pontos percentuais, devido aos impactos nos atendimentos causados pela Covid-19 nas operadoras e seguradoras de saúde (ANS, 2021).

Os custos de quase 700 operadoras de planos de saúde com atendimento a pacientes da Covid-19 somaram R\$ 27 bilhões entre março/20 e abril/21. O resultado líquido de 2021 para as operadoras de saúde foi de R\$3,8 bilhões (ANS, 2021). Esses resultados das operadoras e seguradoras em 2021 são provenientes do avanço da vacinação no Brasil, pois conforme a população acelera a sua própria imunização, aumenta a procura por procedimentos médicos que estavam retidos no ano de 2020, e que começaram a ser realizados no transcorrer de 2021. Os números, reflexos da retomada dos procedimentos não urgentes somados aos tratamentos da Covid-19, desencadearam um alto nível de despesas para as operadoras e seguradoras de saúde (Fenasáude, 2021).

Preocupada em manter a transparência e o acompanhamento econômico e financeiro do setor de saúde suplementar no período da pandemia, a ANS estabeleceu um boletim de informações para subsidiar a análise qualificada da agência para tomada de decisão sobre temas relacionados à Covid-19 e prestar mais informações à sociedade. Esse boletim é divulgado mensalmente e reúne indicadores assistenciais e financeiros, tais como: evolução dos beneficiários de planos de saúde, monitoramento da taxa de ocupação de leitos nos hospitais, número de exames relacionados à Covid-19, inadimplência dos planos, índice de sinistralidade e resultado líquido.

Para alguns pesquisadores, a Covid-19 não deveria ser vista apenas como uma pandemia, e sim como uma sindemia. Eles entendem que o coronavírus, interagindo com outras doenças pré-existentes, provoca um risco maior à população. A atenção ao combate não é exclusiva apenas para o coronavírus, mas também para outras doenças existentes, tais como: cardiovasculares, respiratórias, câncer, hipertensão, ansiedade et (Horton, 2020).

2.6.2 Sindemia

A sindemia caracteriza a interação mutuamente agravante entre problemas de saúde em populações em seu contexto social e econômico. O seu conceito foi criado pelo antropólogo-médico Merrill Singer na década de 1990, a partir de um estudo sobre o entrelaçamento entre a síndrome da imunodeficiência adquirida e a violência em cidades estadunidenses. Segundo Stigler (1971), existem interações mutuamente agravantes, que se retroalimentam e se somam entre os problemas de saúde e o contexto social e econômico das populações cuja desigualdade é um fator determinante.

Na visão de Félix (2020), o problema de saúde não pode ser centralizado em uma única causa, pois os fatores socioeconômicos em que a população está inserida contribuem para uma crescente sinergia com outras doenças. Essa teoria demonstra que os efeitos sociais, econômicos e ambientais que determinam a condição de vida das populações contribuem com a interação entre as doenças preexistentes e a carga excessiva das consequências resultantes. As sindemias são caracterizadas pela interação de uma ou mais doenças de natureza epidêmica com efeitos ampliados sobre o nível de saúde da população (Perez & Cunningham, 2020).

Em setembro de 2020, o editor chefe da revista *The Lancet*, Richard Horton, publicou um comentário alertando que a Covid-19 deveria encarada como uma sindemia, ao invés de pandemia, conforme foi divulgado pela OMS em março de 2020. Na visão do pesquisador, a Covid-19 (SARS-CoV-2) e as Doenças Não Transmissíveis (DNT), aliadas às desigualdades socioeconômicas, possuem uma grande interação entre si, e sugerem que o combate não se limita à Covid-19, mas também a doenças como: hipertensão, obesidade, ansiedade, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, câncer, dentre outras.

Diante desse contexto de interação entre as doenças não transmissíveis, num ambiente de desigualdade social, instabilidade econômica e social e emocionalmente afetado pelas perdas de entes querido dentro do qual estamos vivendo nos últimos anos, a Covid-19 torna-se um grande desafio para se lidar. As medidas adotadas pelos governos e as repercussões econômicas e sociais da pandemia desencadeiam o agravamento da condição da saúde mental da população (Bispo Junior & Santos, 2021). Estima-se que a consequência da pandemia associada à saúde mental da população se prolongará ainda por muito tempo (Silva, Pimentel, & Mercês, 2020).

A desigualdade do cenário socioeconômico brasileiro proporcionará o agravamento dessas doenças em curto espaço de tempo. Do ponto de vista médico, as doenças não existem de maneira isolada, e a sinergia entre elas, associada às estruturas precárias, possuem um efeito de piora, tanto nas epidemias médicas quanto na vulnerabilidade social, ocasionando uma preocupação na saúde humana.

O modelo sindêmico de saúde foca no complexo biossocial que consiste na interação de doenças cooperativas ou sequenciais e fatores socioambientais que promovem e acentuam os efeitos negativos da interação patológica. Esta crescente abordagem à concepção de saúde e prática clínica reconfigura o entendimento histórico e convencional de doenças como entidades distintas da natureza, separadas de outras e independentes do contexto social em que são encontradas. Ao invés disso, estes fatores tendem a interagir sinergicamente de várias e consequentes formas, possuindo substancial impacto na saúde dos indivíduos e em populações inteiras. Especificamente, uma abordagem sindêmica examina por que certas doenças se agrupam (como múltiplas doenças afetam indivíduos e grupos); os caminhos pelos quais elas interagem biologicamente em indivíduos e dentro de populações e, por conseguinte, multiplicam seu adoecimento, e as formas com que o ambiente social, especialmente as condições de iniquidade e injustiça social, contribuem para o agrupamento e interação de doenças, bem como a sua vulnerabilidade (Singer et al., 2017).

Esta pesquisa não aprofundará a discussão sobre a questão se a Covid-19 deve ser vista como PANDEMIA ou SINDEMIA. Ela visa apenas destacar que os aspectos socioeconômicos que a população brasileira atravessa nesse momento conturbado podem afetar a sua saúde mental e física, e que a interação dessas doenças pode causar uma nova complexidade no atendimento da assistência médica, fato esse que levou algumas OPS a realizar uma gestão aos cuidados da saúde mental de seus beneficiários, devido à relevância e preocupação com o assunto. Segundo Jenkins et al. (2021), acredita-se que após a primeira e segunda onda de mortes por Covid-19, surgirá uma terceira e quarta onda que, respectivamente, serão interrupção dos cuidados com a saúde e problemas que as doenças mentais acarretarão à população.

Essa interação de doenças torna-se bastante crítica quando verificados os crescentes números de casos de depressão e ansiedade durante a quarentena. De acordo com uma pesquisa da Universidade de São Paulo (USP), publicada pela CNN (2020), com 11 (onze) países, o Brasil lidera os casos de depressão (59%) e ansiedade (63%).

É notório que a vacinação é de suma importância no combate ao novo coronavírus, e que a população precisa e deve ser vacinada. Porém, numa visão sindêmica, essa mesma população vacinada estará também vulnerável e ainda mais castigada pelo vírus com suas doenças preexistentes e com os seus problemas socioeconômicos, predispostos a novas pandemias. Para Horton (2020), mesmo com a elevada eficácia de tratamentos e vacinas, a busca por uma solução biomédica para a pandemia, com certeza, falhará. O autor afirma, ainda, que o combate ao vírus somente será efetivo se o governo criar programas para reverter os problemas socioeconômicos.

Os problemas de saúde mental não podem e não devem ser ignorados, nesse período vivido de pandemia. Para Bispo Junior e Santos (2021), o tratamento e os cuidados em saúde, com uma visão sindêmica, reforça a necessidade de estabelecer sistemas de saúde fortes e acessíveis à população. A grande inovação imposta pela sindemia é a clareza de uma ideia antiga de que a saúde é o melhor negócio. A valorização de produtos, serviços e hábitos se encaixam perfeitamente agora (Fraga Junior, 2021).

2.6.3 Cuidados com a saúde no contexto da pandemia

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil é considerado o país mais ansioso do mundo e o quinto mais depressivo. Observa-se que as doenças mentais, tais como depressão, ansiedade e estresse, tiveram um aumento considerável em 2020, quando comparadas com anos anteriores, e toda essa ansiedade afeta cerca de 18,6 milhões de brasileiros. Vale acrescentar que esse cenário não se alterou para o ano de 2021, sendo que essas doenças mentais atingiram também os jovens e as crianças. No período de pandemia da Covid-19, os problemas de saúde mental aumentaram consideravelmente. Segundo Lemos (2020), no site de busca Google ocorreu um pico histórico de pesquisas sobre os transtornos mentais. Essa busca teve uma alta de 98% em relação à média dos últimos 10 anos. As principais causas identificadas para esse aumento de ansiedade estão associadas ao isolamento social, ao medo do contágio, à perda de membros da família e à perda de renda/empregos.

De acordo com o site do Ministério da Saúde (2020), o cenário provocado pela Covid-19 trouxe um grande desafio para a sociedade devido às novas formas de convívio e de trabalho. O Ministério da Saúde ficou atento à chamada quarta onda, relacionada ao aumento de casos de doença mental, incentivando a ampliação da rede de assistência para garantir cuidado a todos.

“O momento pós pandemia nos preocupa. As pessoas estão adoecendo, necessitando de cuidados. É muito importante buscar ajuda, até para que possamos prevenir quadros mais graves. Realmente, a saúde mental do mundo está comprometida em função de tudo que estamos vivendo”, destaca a coordenadora de Saúde Mental do Ministério da Saúde. (Ministério da Saúde, 2020)

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2020) sobre a informações da saúde mental dos brasileiros durante o período da Covid-19 teve como amostra 17.491 indivíduos com idade média de 38,3 anos e revelou que a ansiedade é o transtorno mais presente no período. Na primeira etapa foi constatada a elevada proporção da ansiedade (86,5%), uma moderada presença de transtorno de estresse pós-traumático (45,5%) e uma baixa proporção de depressão (16%) em sua forma mais grave.

A saúde mental não é um problema direcionado a uma determinada faixa etária da população. O problema atinge todas as faixas etárias, inclusive as crianças, adolescentes e jovens. Segundo o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, em inglês, United Nations International Children's Emergency Fund) (2021), as crianças, adolescentes e jovens poderão sentir o impacto da Covid-19 em sua saúde mental e bem-estar por muitos anos. Estima-se que, globalmente, um a cada sete meninos e meninas com idade entre 10 e 19 anos viva com algum transtorno mental diagnosticado. Ainda no levantamento da UNICEF, estima-se que transtornos mentais que levam os jovens à incapacidade ou à morte acarretam uma redução de contribuições para as economias de quase U\$390 bilhões por ano.

O Mapa Assistencial da Saúde Suplementar (ANS, 2021) demonstra a relevância de se ampliarem o debate e as estratégias para o enfrentamento desse panorama, sendo um grande desafio para a Saúde Suplementar. No Brasil, em 2019, os beneficiários de planos de saúde realizaram cerca de 29 milhões de procedimentos relacionados ao cuidado em saúde mental, um crescimento de 167% em relação ao número realizado em 2011. Como forma de combate aos transtornos mentais, muitas operadoras criaram programas de monitoramento e alerta sobre o assunto, com o intuito de proporcionar, aos seus beneficiários, o entendimento da seriedade do problema, bem como o de ser um canal de ajuda.

No ano de 2020, surgiu uma grande inovação tecnológica na prestação dos serviços médicos, a Telemedicina. Essa necessidade de atendimento foi devido ao isolamento das pessoas em suas residências, com a intenção de evitar a contaminação pelo vírus causador da Covid-19 e de atender aos indivíduos que precisavam ser consultados por médicos especialistas. Diante desse contexto, várias operadoras iniciaram o seu atendimento aos beneficiários de forma remota e segura.

A terminologia telemedicina nos leva a imaginar que a existência dessa atual prática está relacionada à evolução dos computadores e redes. A primeira informação sobre o uso da telemedicina aconteceu na Europa, durante a idade média, na época em que as pragas devastavam o continente. Nesse período, um médico teve a ideia de se isolar na margem oposta do rio que cercava o povoado e, sendo assim, começou a se comunicar com um ajudante comunitário, auxiliando a população local. Esse ajudante informava os sintomas ou a evolução da doença para o médico e o mesmo passava as orientações a serem seguidas (Conexa Saúde, 2020).

No Brasil, a telemedicina deu-se no início na década de 1990, mas somente em 1994, foi iniciada a utilização dessa tecnologia pela empresa Telecardio, que realizava a distância exames de eletrocardiograma. No ano de 1995, o Incor criou um serviço chamado de ECG-FAX que oferecia a análise desses exames por médicos do próprio Incor, enviados por fax de outras cidades. Em 1996, tornou-se possível o monitoramento de pacientes em domicílio, através do ECG-Home, lançado pelo Incor, e a partir de 1998, passou-se a oferecer o serviço de ECG através da internet.

Com advento da Lei nº 13.989/2020, que dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), a telemedicina é entendida como o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde, podendo ser realizada em tempo real ou *off-line*. O médico deverá informar ao paciente todas as limitações inerentes ao uso da telemedicina, tendo em vista a impossibilidade de realização de exame físico durante a consulta.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.227/18 define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. A teleconsulta é a consulta médica remota, mediada por tecnologias, com médico e paciente localizados em diferentes espaços geográficos.

Telemedicina é um dos termos utilizados na Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) na saúde. É muito comum o uso de outras terminologias, tais como: e-saúde, telessaúde, teleassistência, entre outras. De acordo com Dos Santos (2006), o termo foi usado no Brasil pela primeira vez na década de 1960, em que o seu significado estrito era o tratamento do paciente pelo médico, a distância. Em seguida, esse conceito foi ampliado para transferência de dados médicos por meio eletrônico. É importante destacar que essa terminologia, na opinião de muitas especialistas, está restrita à área de Saúde. Santos A. et al. (2006) ainda define a telessaúde como o uso das tecnologias de informação e comunicação para transferir informações de dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde.

Mas, apesar de ser realidade no Brasil há pelo menos 20 anos, a medicina à distância ainda enfrenta problemas de aceitação, inclusive por parte da classe médica. Para Alexandra Monteiro, coordenadora do mestrado em telemedicina e telessaúde da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a necessidade de formar profissionais capacitados para atuar de modo responsável é uma delas. Outro problema apresentado por Monteiro é a falta de uma legislação unificada, sem divergências entre decisões do CFM e as medidas dos conselhos regionais, além de zelar pela compatibilidade de sistemas em diferentes esferas (municipal, estadual e federal) e garantir as premissas obrigatórias de sigilo e confidencialidade previstas pela Lei Geral de Proteção de Dados-LGPD (Folha de São Paulo, 2020).

Em entrevista recente, Chao Lung Wen, chefe da disciplina na medicina da USP, informou que a telemedicina se mostrou o melhor equipamento de proteção individual (EPI) digital existente. É uma forma de proteção sem perder a possibilidade de atendimento. Médico e paciente podem ser da população de risco (Folha de São Paulo, 2020). Por outro lado, Vânia Martins, obstetra que trabalha na rede pública e privada de Londres, ressalta que no campo da ginecologia e obstetria, as restrições são amplas, porque a saúde da mulher exige tocar no paciente, e para as grávidas, ressalta que há grande risco de diagnóstico errado (Abramge, 2020).

Numa visão positiva do uso da telemedicina, pode-se destacar a possibilidade de ocorrerem consultas à distância, analisar resultados de exames, diagnosticar e prescrever tratamentos. Seria possível fazer o acompanhamento dos pacientes quando estivessem fora de seu domicílio. E,

principalmente, seria possível tornar disponível conhecimento e experiência para médicos, em locais distantes, realizarem inclusive cirurgias complexas, assessorados pelos melhores especialistas. Outra utilização óbvia para a telemedicina é o acompanhamento de pacientes crônicos longe de suas residências. Por meio dela, o médico pode acompanhar seus pacientes e determinar imediatamente as providências, tanto para situações de rotina, quanto para situações extraordinárias.

Com a telemedicina há um ganha a ganha. Ganha o cidadão, que passa a ter acesso a recursos que de outra forma estariam fora de seu alcance. Ganham os profissionais, que passam a ter acesso às técnicas dos especialistas que os apoiam, não só solucionando problemas, mas também adquirindo novos conhecimentos para melhorar o seu desempenho. Ganham os planos de saúde e seus segurados, pela redução de custos e sofisticação do atendimento. E ganha o SUS (Sistema Único de Saúde), que pode se valer da telemedicina para aumentar a oferta de serviços e melhorar os já existentes. Pretender acabar com a telemedicina após a pandemia é dar um tiro no peito do brasileiro (Abramge, 2020).

Para o mercado da saúde suplementar, a utilização da telemedicina pelas operadoras traz benefícios como: a) redução de custos e de filas de espera nos pronto-atendimentos; b) agilidade no atendimento para casos de alta complexidade; c) comodidade para os pacientes; d) redução de espaçamento nas agendas; e) possibilidade de inovação. Segundo o Portal Telemedicina (2021), o atendimento à distância já é uma opção utilizada pelos planos de saúde que visam levar comodidade aos seus pacientes e se beneficiar das vantagens que ela entrega para as operadoras e seus prestadores.

Apesar de a telemedicina apresentar ainda discussões em sua utilização, a favor e contra, é fato que entre os meses de abril de 2020 e novembro de 2021, devido ao período pandêmico vivido pela humanidade, as teleconsultas no Brasil chegaram a 5,1 milhões, de acordo com a pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) e mencionando a aceitação dessa prática, tanto para a classe médica quanto para os pacientes.

2.7 Medidas para o setor de plano de saúde no combate ao coronavírus

A ANS definiu, em março de 2020, ações para flexibilizar normativas econômico-financeiras e adotar medidas regulatórias temporárias no âmbito da fiscalização, com o intuito de minimizar os impactos da pandemia na saúde suplementar, permitindo que as operadoras de planos de saúde respondessem de maneira mais efetiva às prioridades assistenciais deflagradas pela Covid-19. Segundo a Abramge (2016), a regulação prudencial do mercado de saúde suplementar tem por objetivo a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do ente regulado como forma de garantir a continuidade e a qualidade do serviço prestado.

As medidas, que foram denominadas de Flexibilização de Normas Prudenciais, foram divididas em duas ações, são elas:

2.7.1 Antecipação do congelamento de exigências de capital (MSOL -Margem de Solvência)

A ANS decidiu antecipar os efeitos do congelamento da margem de solvência para as operadoras que manifestassem a opção pela adoção antecipada do Capital Baseado em Riscos (CBR). Para as operadoras que se encontravam em constituição escalonada (exigência crescente a cada mês), a margem de solvência foi estabilizada em percentual fixo de 75%. Para as operadoras que manifestassem essa opção antecipada do CBR até 30/05/2020, os efeitos do congelamento da margem de solvência foram retroativos a 31/03/2020.

O objetivo da medida foi conceder liquidez ao setor, tendo em vista o congelamento de percentual de exigência que crescia mensalmente. Estudos técnicos elaborados pela ANS, apontaram uma redução de aproximadamente R\$ 1 bilhão da quantia exigida para todo o setor, utilizando como referência os valores apurados em dezembro de 2019. Esse montante visou

contribuir com as possíveis exigências que o setor recebeu no momento da pandemia, principalmente ao suporte e atendimento assistencial.

A exigência de capital teve como fundamentação a Resolução Normativa nº 451/2020 da ANS, que definiu os critérios do capital regulatório das operadoras de planos de assistência à saúde. O capital regulatório representa o limite mínimo de Patrimônio Líquido ajustado que uma operadora deve manter. O valor é definido pelo maior montante entre o capital base e a margem de solvência. Entenda-se como capital base o montante fixo a ser observado a qualquer tempo, em função da modalidade, segmentação e região de comercialização, enquanto a margem de solvência é o montante variável a ser observado em função do volume de contraprestações e eventos indenizados aferidos pela operadora. A solvência de uma operadora é definida como a capacidade de honrar os seus compromissos (Almeida, 2009). O capital para solvência é entendido como um “colchão”, uma espécie de reserva para cobertura de gastos não cobertos pelas provisões técnicas (Silva et al., 2014).

A Margem de Solvência (MSOL) é o montante variável a ser observado em função do volume de contraprestações e eventos indenizados aferidos pela operadora, conforme definido na seção II do Capítulo II da RN 451/2020. Essa mesma Resolução Normativa também prevê a possibilidade de a operadora optar pelo novo Capital Baseado em Riscos (CBR), que é calculado a partir do seu próprio risco, ou permanecer no atual modelo de Margem de Solvência, que leva em consideração apenas seu volume de faturamento de contraprestações e eventos indenizados.

De acordo com Artigo 5º da RN 451:

- A MS deve ser apurada mensalmente e corresponde ao maior montante entre os seguintes valores:
- a) 0,20 (zero vírgula vinte) vezes a soma dos últimos doze meses: de 100% (cem por cento) das contraprestações/prêmios na modalidade de preço preestabelecido, e de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações/prêmios na modalidade de preço pós-estabelecido; ou
 - b) 0,33 (zero vírgula trinta e três) vezes a média anual dos últimos 36 (trinta e seis) meses da soma de: 100% (cem por cento) dos eventos/sinistros na modalidade de preço preestabelecido, e de 50% (cinquenta por cento) dos eventos/sinistros na modalidade de preço pós-estabelecido.

2.7.2 Adiamento de novas exigências de provisões de passivo

A Agência também passou de 2020 para 2021 o início da exigência das provisões de passivo para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio (PIC) e para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados ocorridos no SUS (PEONA SUS). Com a postergação, ficou adiada também a exigência de constituição de ativos garantidores, recursos que as operadoras necessitam manter para garantir em mesma proporção as provisões técnicas registradas no passivo.

Estudos técnicos elaborados pela própria ANS apontam que o efeito esperado da constituição dessas provisões seria de aproximadamente 2% do total de receita anual das operadoras para a PIC e de 0,54%, para a PEONA SUS. Ao todo, esse adiamento de exigências totalizaria, ao longo de 2020, aproximadamente R\$ 1,7 bilhão, que poderiam ser utilizados pelas operadoras para outros fins.

De acordo com o artigo 32 da Lei nº 9.656/98, o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde forem realizados em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados. A funcionalidade desse ressarcimento ocorre por parte da ANS de maneira morosa, pois essa análise, confirmação da utilização dos dados de atendimento do beneficiário e a cobrança para as operadoras costuma levar anos para ter todo o processo concluído. Em virtude dessa morosidade, a PEONA SUS foi instituída com o intuito de suprir que tais obrigações de ressarcimentos sejam reconhecidas pelas operadoras em seus registros contábeis.

A constituição da PEONA SUS, que significa a Provisão para Eventos Ocorridos e não Avisados ocorridos no SUS, foi estabelecida pela RN nº 442/2018 da ANS e trata dos eventos ocorridos e não avisados originados na rede pública de saúde, o SUS, decorrentes do uso do sistema

público de saúde pelos beneficiários de planos de saúde, e teve sua constituição iniciada em janeiro de 2021. A PEONA SUS pode ser constituída gradualmente, de maneira linear, ao longo de trinta e seis meses. A Provisão para Insuficiência de Contraprestação (PIC) tem como principal objetivo corrigir eventuais distorções na precificação dos produtos. A sua metodologia de cálculo é realizada através de um índice combinado, calculado com base nas receitas e despesas agregadas. Igualmente à PEONA SUS, a PIC também pode ser constituída de maneira gradual e linear, ao longo de trinta e seis meses.

Segundo a ANS (2020), para que as operadoras pudessem obter autorização para a adoção de tais medidas, e como forma de proteger os beneficiários e os prestadores de serviços de saúde que fazem parte da rede credenciada, elas teriam que assinar um termo de compromisso que, entre outros requisitos, prevê que as operadoras se comprometam a:

- **Renegociação de contratos:** a operadora pode oferecer a renegociação dos contratos, comprometendo-se a preservar a assistência aos beneficiários dos contratos individuais e familiares, coletivos por adesão e coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, no período compreendido entre a data da assinatura do termo de compromisso com a ANS e o dia 30 de junho de 2020.
- **Pagamento regular aos prestadores:** a operadora compromete-se a pagar regularmente, na forma prevista nos contratos com sua rede prestadora de serviços de saúde, os valores devidos pela realização de procedimentos e/ou serviços que tenham sido realizados entre 4 de março de 2020 e 30 de junho de 2020. A medida atingiu todos os prestadores de serviços de saúde integrantes de sua rede assistencial, independentemente de sua qualificação como contratados, referenciados ou credenciados.

Estas medidas foram adotadas como forma de conferir às operadoras maior flexibilidade de recursos para o enfrentamento desta crise econômica e sanitária, evitando que a assistência à saúde dos beneficiários fosse colocada em risco. Além das medidas citadas, a ANS também flexibilizou outras medidas, e estão associadas à concessão de incentivos regulatórios a operadoras, em que foram destacadas as seguintes ações:

- **Retirada de exigência de ativos garantidores de Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL-SUS):** A operadora ficou desobrigada de manter ativos garantidores relativos aos valores devidos a título de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (PESL SUS) no período que foi da data de assinatura do termo de compromisso até 31/12/2020. A medida visou ampliar a liquidez das operadoras, liberando recursos financeiros que puderam ser utilizados para fazer frente a um eventual aumento da demanda por atendimento médico ou índices de inadimplência. Com essa medida, estimou-se a redução imediata de R\$ 1,4 bilhão de exigências de ativos garantidores para as operadoras que atuam no setor.
- **Possibilidade de movimentar os ativos garantidores em montante equivalente à Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA):** Foi retirada a exigência de vinculação dos ativos garantidores na proporção equivalente à PEONA contabilizada, o que permitiu às operadoras uma gestão mais proativa dos seus ativos financeiros. Assim, foi possível à operadora adequar o fluxo de pagamento à sua rede prestadora médica e hospitalar em um cenário de eventual queda da liquidez. Conforme previsto na legislação do setor, as operadoras devem manter ativos garantidores registrados junto à ANS na proporção de um para um em relação às provisões técnicas, vinculando-os conforme previsto no art. 3º da referida RN 442/2018. Neste sentido, estimou-se um impacto de R\$ 10,5 bilhões em PEONA.

- **Redução da exigência da Margem de Solvência para 75% também para as seguradoras especializadas em saúde e operadoras que não estão em fase de escalonamento:** Essa medida permitiu uma resposta mais rápida às necessidades financeiras dessas empresas, oportunizando equiparação das regras com os demais agentes do setor. Dessa forma, foi prevista uma redução imediata de aproximadamente R\$ 2,7 bilhões para as nove seguradoras que atuam no setor com alto nível de capitalização e que concentraram uma parcela expressiva de beneficiários no setor, além de outros R\$ 0,2 bilhão para as demais operadoras contempladas.

Todas essas medidas de flexibilização previram um montante de R\$ 15 bilhões em garantias financeiras e ativos garantidores, com o intuito de proteger os beneficiários e a rede prestadora. Os ativos garantidores são a efetivação financeira real da garantia escritural refletida pela provisão técnica, e podem ser bens móveis, ações, títulos ou valores mobiliários de titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão, ou do seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, que lastreiam as provisões técnicas (ANS, 2021).

Quanto às regras prudenciais a ANS destaca que as exigências prudenciais não impedem em completo que uma operadora enfrente dificuldades ou recaia em insolvência, mas reduzem essa possibilidade e mitigam os seus efeitos negativos.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipologia da pesquisa

A pesquisa apresentou uma abordagem de *mixed methods*, considerando que foram utilizadas bases de dados estruturadas para responder ao problema de pesquisa a partir de análises quantitativas e qualitativas (Shorten & Smith, 2017). Adicionalmente, o presente estudo teve caráter exploratório e descritivo, uma vez que visa analisar fatores relacionados a um fenômeno ainda pouco abordado pela literatura, buscando compreender e descrever seus elementos fundamentais (Sampieri, Collado, & Lucio, 2013).

Para a etapa quantitativa, foram utilizadas as demonstrações financeiras das OPS de grande porte, conforme definição da ANS, para o período de 2019, 2020 e 2021. Essa etapa pode ser caracterizada como pesquisa de base de dados ou *archival research* (Sampieri, Collado, & Lucio, 2013).

Para essa etapa da pesquisa, foram realizadas 2 (duas) análises de dados:

- (i) A primeira contou com uma análise de estatística descritiva, apresentando as médias, variâncias, desvios-padrão, coeficientes de variação e valores máximos e mínimos para os 20 (vinte) indicadores econômico-financeiros do setor, visando analisar as variações do resultado econômico-financeiro nas demonstrações financeiras das OPS de grande porte para os períodos de 2019, 2020 e 2021.
- (ii) A segunda contou com a realização de testes de normalidade para identificar se havia a possibilidade de utilização de teste paramétrico, bem como os testes não paramétricos aplicáveis aos dados (Teste de *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney*). Foram utilizadas as hipóteses Nula e Alternativas, bem como o nível de significância de 5%. Também foi realizada uma análise separada pelo tipo de modalidade, visando identificar os seus desempenhos também para o período de 2019 (pré-pandemia) e 2020 e 2021 (período crítico e de continuidade da pandemia da Covid-19).

A etapa qualitativa foi realizada por meio de análise documental conduzida a partir das notas explicativas e dos relatórios de administração das **108 (cento e oito)** OPS de grande porte para os anos de 2019, 2020 e 2021, totalizando, assim, **324 (trezentos e vinte e quatro)** demonstrações financeiras, sendo utilizadas como palavras-chave os assuntos abordados no estudo, tais como: Covid-19, Sinistralidade, Saúde Mental/Cuidados com a saúde, Inflação Médica, Normas Prudenciais/Medidas de Flexibilização e Telemedicina. Além da verificação das palavras-chave nas **324 (trezentos e vinte e quatro)** demonstrações financeiras, foram explorados **10 (dez)** OPS de grande porte com maior faturamento no ano de 2021 (vide Tabela 18), com o intuito de visualizar a forma como essas OPS deram destaque nas palavras-chave em suas demonstrações financeiras.

Tabela 18

Relação das 10 (dez) OPS com maior faturamento em 2021

| # | CÓDIGO ANS | RAZÃO SOCIAL | MODALIDADE |
|----|------------|---|-----------------------------------|
| 01 | 005711 | Bradesco Saúde | Seguradora Especializada em Saúde |
| 02 | 326305 | Amil Assistência Médica Internacional | Medicina de Grupo |
| 03 | 006246 | Sul América Companhia de Seguros | Seguradora Especializada em Saúde |
| 04 | 359017 | Notre Dame Intermédica Saúde | Medicina de Grupo |
| 05 | 339679 | CNU - Central Nacional Unimed | Cooperativa Médica |
| 06 | 368253 | Hapvida Assistência Médica | Medicina de Grupo |
| 07 | 393321 | Unimed RJ - Cooperativa de Trabalho | Cooperativa Médica |
| 08 | 343889 | Unimed BH - Cooperativa de Trabalho | Cooperativa Médica |
| 09 | 302147 | Prevent Sênior Private Operadora de Saúde | Medicina de Grupo |
| 10 | 323080 | GEAP – Autogestão em Saúde | Autogestão |

Nota. Elaborada pelo autor.

A Tabela 19 contém um resumo dos procedimentos que foram realizados com o intuito de atingir o objetivo geral e os específicos do estudo.

Tabela 19

Relação entre os objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa

| Objetivo | Tipo | Procedimentos |
|--|------------|---|
| Analisar os principais impactos da Covid-19 nos resultados operacionais e financeiros das OPS de grande porte no Brasil para os anos de 2019 a 2021. | Geral | Análise quantitativa das demonstrações financeiras, análise documental das OPS de grande porte. |
| Identificar como os fatos de maior relevância ocorridos no período pandêmico, como as inovações de Telemedicina, os problemas de saúde mental da população, o aumento dos custos dos insumos, sinistralidade, inflação médica, foram divulgados pelas operadoras de grande porte, em suas demonstrações financeiras. | Específico | Análise documental das DFs das OPS de grande porte. |
| Analisar as principais variações nos resultados operacionais e financeiros das OPS de grande porte no Brasil para o período de 2019 a 2021. | Específico | Análise quantitativa das demonstrações financeiras. |
| Analisar as informações divulgadas nas demonstrações financeiras de operadoras de grande porte sobre a adoção da Flexibilização de Normas Prudenciais estabelecida pela ANS, com intuito de manter o atendimento ao beneficiário e a solidez do mercado de saúde suplementar. | Específico | Análise documental das DFs das OPS de grande porte. |

Nota. Elaborada pelo autor.

Como é possível notar, para o objetivo geral da pesquisa, todos os procedimentos propostos se fazem necessários. Para atingir os objetivos específicos, por sua vez, foram utilizadas metodologias de análise quantitativa e qualitativa específicas.

3.2 População e amostra

A seleção da amostra foi realizada pela técnica de amostragem intencional homogênea em função do nível de especialização a população-alvo (Sampieri, Collado, & Lucio, 2013). O estudo apresenta uma população composta por 1.082 operadoras de planos de saúde com registros na ANS em 31 de dezembro de 2021. Desta população, o estudo concentrou-se nas operadoras de planos de saúde de grande porte nos exercícios de 2019, 2020 e 2021. Com base nos dados da ANS, há 108 OPS de grande porte de diferentes tipos de modalidade, são elas: 10 Autogestão (9%), 38 Cooperativa Médica (35%), 2 Filantropia (2%), 33 Medicina de Grupo (31%), 5 Seguradora Especializada em Saúde (5%), 7 Cooperativa Odontológica (6%) e 13 Odontologia de Grupo (12%). A relação das empresas encontra-se no Apêndice desse estudo.

A escolha do período de análise concentra-se em 3 partes: (i) o ano de 2019, período pré-pandemia, (ii) o ano de 2020, primeiro ano da pandemia e (iii) o ano de 2021, período de continuidade da pandemia, mas com menos impactos vividos pela sociedade. Quanto ao universo de grande porte, a escolha está baseada pelo fato da obrigatoriedade das publicações de suas demonstrações financeiras impostas pela ANS.

Cabe ressaltar que, na amostragem da análise qualitativa das 324 demonstrações financeiras pesquisadas, não foram identificadas 15 demonstrações para o ano de 2019, 11 demonstrações em 2020 e 12 demonstrações em 2021, fazendo com que a base analisada para esses períodos fosse, respectivamente, 93, 97 e 96, totalizando 286 demonstrações financeiras. Os principais motivos para a não obtenção das demonstrações financeiras nos sites dessas OPS foram: erro de *downloads* na página, não existência das demonstrações financeiras no respectivo site das OPS e desenquadramento das OPS como operadora de grande porte, uma vez que o enquadramento está

associado à quantidade de beneficiários e, portanto, algumas OPS podem sofrer a variação de inclusão ou não durante os períodos estudados.

3.3 Coletas de dados

Todos os dados foram coletados por meio de informações contábeis anuais para o período de 2019, 2020 e 2021, apresentados pelas operadoras de planos de saúde, por meio da Declaração Eletrônica de Informações Financeiras e Contábeis das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS). Tais informações são públicas e podem ser obtidas no site da ANS no formato em Excel (ANS, 2022).

Além da base de dados, outras informações também foram coletadas para responder ao problema de pesquisa. Nesse contexto, foram extraídas 286 demonstrações financeiras e seus relatórios da administração nos sites das operadoras de grande porte, bem como foram consultadas resoluções normativas no site da ANS, que possibilitaram entender os indicadores estudados e vistos nas demonstrações financeiras das OPS de grande porte.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Esta seção de estudo está destinada à análise de dados com apresentação das evidências empíricas, especialmente os resultados provenientes das análises quantitativas apuradas por meio do *software* SOFA e da análise documental realizada nos relatórios das OPS. Dessa forma, a seção está dividida nos resultados de análises quantitativas e análises qualitativas

Para as análises quantitativas, inicialmente são apresentadas as estatísticas descritivas por grupo de indicadores para o período de 2019, 2020 e 2021, e por fim, análise dos indicadores, a partir da realização de testes paramétricos e não paramétricos.

Quanto às análises qualitativas, inicialmente são apresentados os dados analíticos da identificação das palavras-chave para todas as 286 demonstrações financeiras das OPS de grande porte para os anos de 2019, 2020 e 2021. Em seguida, demonstra-se o detalhamento das evidências das palavras-chave nas demonstrações financeiras das 10 (dez) OPS de grande porte com o maior faturamento no ano de 2021.

4.1 Análises quantitativas

4.1.1 Estatística descritiva por grupo de indicadores

Tabela 20

Cálculo de Indicadores de Rentabilidade – Ano base (2019)

| Indicadores / Variáveis | Média | Variância | Desvio-padrão | Coefficiente de Variação | Máximo | Mínimo |
|-------------------------|--------|-----------|---------------|--------------------------|--------|---------|
| ROA | 0,0705 | 0,0194 | 0,1394 | 1,9773 | 0,4407 | -0,9031 |
| ROE | 0,1494 | 0,0936 | 0,3059 | 2,0475 | 1,1246 | -2,0443 |
| MLB | 0,2390 | 0,0349 | 0,1868 | 0,7816 | 0,9479 | -0,1153 |
| MLL | 0,0431 | 0,0088 | 0,0938 | 2,1763 | 0,3143 | -0,5121 |
| EBIT | 0,0680 | 0,0163 | 0,1278 | 1,8794 | 0,5055 | -0,8068 |
| EBITDA | 0,0718 | 0,0164 | 0,128 | 1,7827 | 0,5058 | -0,8018 |
| IMOB | 0,2795 | 0,0926 | 0,3044 | 1,0891 | 1,3713 | -0,0161 |

Nota. Retorno sobre o Ativo (ROA); Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE); Margem de Lucro Bruto (MLB); Margem de Lucro Líquido (MLL); Lucro antes de Juros e Impostos (EBIT); Lucro antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização (EBITDA); Imobilização do Patrimônio Líquido (IMOB). Elaborada pelo autor.

Com relação à análise descritiva das variáveis da Tabela 20, observa-se que as variáveis, ROA, MLL, EBIT e EBITDA possuem uma baixa variabilidade em relação à média, expressas pelos coeficientes: 0,0194, 0,0088, 0,0163 e 0,0164 respectivamente. Isso denota que a média é uma medida descritiva para estas variáveis.

Dentre esses indicadores apresentados, pode-se destacar o EBITDA como um indicador financeiro globalizado. Para Assaf Neto (2021), o EBITDA revela, em essência, a genuína capacidade operacional de geração de caixa de uma empresa, ou seja, sua eficiência financeira determinada pelas estratégias operacionais adotadas.

Para as variáveis ROE e IMOB, observa-se uma alta variabilidade em relação à média, o que pode refletir a heterogeneidade da amostra, tendo em vista que ela é composta por operadoras de modalidades diferentes e, portanto, podem-se esperar resultados econômicos distintos. Para a variável IMOB, observa-se, ainda, os maiores valores de máximo e mínimo, além de um elevado desvio-padrão.

Tabela 21
Cálculo de Indicadores de Endividamento – Ano base (2019)

| Indicadores / Variáveis | Média | Variância | Desvio-padrão | Coefficiente de Variação | Máximo | Mínimo |
|-------------------------|--------|-----------|---------------|--------------------------|----------|---------|
| ENDIV | 2,1331 | 105,1805 | 10,3054 | 4,8312 | 105,9679 | -2,5141 |
| CE | 0,7273 | 0,0316 | 0,1777 | 0,2443 | 1,0000 | 0,2899 |
| CTCP | 0,2727 | 0,0312 | 0,1765 | 0,6472 | 0,7101 | 0,0000 |

Nota. Índice de Endividamento (ENDIV); Composição do Endividamento (CE); Capital de Terceiros a Curto Prazo (CTCP). Elaborada pelo autor.

Para as variáveis de endividamento, demonstrado na Tabela 21, observa-se que a variável ENDIV apresenta uma alta variabilidade em relação à média, além de um elevado desvio-padrão e coeficiente de variação, o que demonstra uma heterogeneidade nas operadoras.

Para as variáveis CE e CTCP, observa-se uma baixa variabilidade em relação à média, demonstrando que o nível de endividamento de curto e longo prazo está próximo da média para todas as modalidades de operadoras analisadas.

O ponto a mencionar no cálculo das variáveis de endividamento para o mercado de saúde suplementar é que as provisões técnicas fazem parte do Passivo Circulante e do Passivo Não Circulante. Os testes de indicadores utilizados na pesquisa contemplam essa metodologia de inclusão das provisões técnicas.

Tabela 22
Cálculo de Indicadores Específicos da Saúde Suplementar – Ano base (2019)

| Indicadores / Variáveis | Média | Variância | Desvio-padrão | Coefficiente de Variação | Máximo | Mínimo |
|-------------------------|--------|-----------|---------------|--------------------------|--------|---------|
| DOP | 0,9554 | 0,0097 | 0,0982 | 0,1028 | 1,5124 | 0,5245 |
| IRF | 0,0128 | 0,0004 | 0,0190 | 1,4844 | 0,0835 | -0,0379 |
| DM | 0,7345 | 0,0342 | 0,1841 | 0,2506 | 1,0823 | 0,0051 |
| DC | 0,0431 | 0,0043 | 0,0655 | 1,5197 | 0,4703 | 0,0000 |
| DA | 0,1523 | 0,0134 | 0,1154 | 0,7577 | 0,7377 | 0,0154 |
| COMB | 0,9300 | 0,0107 | 0,1027 | 0,1104 | 1,4787 | 0,4766 |
| COMBA | 0,9169 | 0,0110 | 0,1043 | 0,1138 | 1,4605 | 0,4733 |

Nota. Percentual de Despesas Operacionais em relação às Receitas Operacionais (DOP); Índice de Resultado Financeiro (IRF); Despesas Médicas (ou Sinistralidade) (DM); Índice de Despesa de Comercialização (DC); Índice de Despesa Administrativa (DA); Índice Combinado (COMB); Índice Combinado Ajustado (COMBA). Elaborada pelo autor.

Para as variáveis específicas da saúde suplementar (Tabela 22), observa-se uma baixa variabilidade em relação à média para quase todas as variáveis, com exceção da variável DM, que demonstra uma variabilidade maior em relação à média, além de apresentar um desvio-padrão alto. Essa variabilidade positiva denota que as modalidades de operadoras analisadas possuem um distanciamento de sua média. Para as variáveis IRF, DC e DA, o coeficiente de variação é alto, o que denota a heterogeneidade nas operadoras.

Tabela 23
Cálculo de Indicadores de Liquidez – Ano base (2019)

| Indicadores / Variáveis | Média | Variância | Desvio-padrão | Coefficiente de Variação | Máximo | Mínimo |
|-------------------------|--------|-----------|---------------|--------------------------|---------|--------|
| LI | 2,0449 | 43,8704 | 6,6235 | 3,2390 | 68,0061 | 0,1308 |
| LG | 2,7842 | 43,1166 | 6,5663 | 2,3584 | 68,8939 | 0,6022 |
| LC | 2,5685 | 44,3253 | 6,6577 | 2,5921 | 68,8174 | 0,3080 |

Nota. Liquidez Imediata (LI); Liquidez Geral (LG); Liquidez Corrente (LC). Elaborada pelo autor.

Para as variáveis de liquidez (Tabela 23), observa-se uma alta variabilidade em relação à média, alto desvio-padrão e alto coeficiente de variação para todas as variáveis, demonstrando que as modalidades de operadoras analisadas possuem um distanciamento de sua média.

Tabela 24
Cálculo de Indicadores de Rentabilidade – Ano base (2020)

| Indicadores / Variáveis | Média | Variância | Desvio-padrão | Coefficiente de Variação | Máximo | Mínimo |
|-------------------------|--------|-----------|---------------|--------------------------|--------|---------|
| ROA | 0,1258 | 0,0104 | 0,1019 | 0,8100 | 0,5005 | -0,3198 |
| ROE | 0,2488 | 0,0482 | 0,2196 | 0,8826 | 1,3142 | -0,3669 |
| MLB | 0,2949 | 0,0341 | 0,1848 | 0,6267 | 0,9657 | 0,0299 |
| MLL | 0,0824 | 0,0068 | 0,0827 | 1,0036 | 0,3712 | -0,351 |
| EBIT | 0,1241 | 0,0085 | 0,092 | 0,7413 | 0,5763 | -0,1048 |
| EBITDA | 0,1286 | 0,0085 | 0,0923 | 0,7177 | 0,5769 | -0,0954 |
| IMOB | 0,2608 | 0,0747 | 0,2733 | 1,0479 | 1,2173 | -0,0196 |

Nota. Retorno sobre o Ativo (ROA); Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE); Margem de Lucro Bruto (MLB); Margem de Lucro Líquido (MLL); Lucro antes de Juros e Impostos (EBIT); Lucro antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização (EBITDA); Imobilização do Patrimônio Líquido (IMOB). Elaborada pelo autor.

Para o ano de 2020, observa-se que as variáveis de rentabilidade ROA, MLL, EBIT e EBITDA demonstradas na Tabela 24 possuem uma baixa variabilidade em relação à média, expressas pelos coeficientes: 0,0104, 0,0068, 0,0085 e 0,0085 respectivamente. Isso denota que a média é uma medida descritiva para estas variáveis; se comparado ao ano de 2019, o comportamento é similar.

Para as variáveis ROE, MLB e IMOB, observa-se uma alta variabilidade em relação à média, caracterizando por sua amostragem heterogênea, tendo em vista que a amostra é composta por operadoras de modalidades diferentes e resultados econômicos diferentes. Observa-se também que as variáveis ROE e IMOB apresentam os maiores valores de máximo (1,3142 e 1,2173) e mínimo (-0,3669 e -0,0196), além de um elevado desvio-padrão (0,2196 e 0,2733).

Tabela 25
Cálculo de Indicadores de Endividamento – Ano base (2020)

| Indicadores / Variáveis | Média | Variância | Desvio-padrão | Coefficiente de Variação | Máximo | Mínimo |
|-------------------------|--------|-----------|---------------|--------------------------|--------|---------|
| ENDIV | 0,9994 | 1,0237 | 1,0118 | 1,0124 | 9,2157 | -2,8740 |
| CE | 0,7198 | 0,0297 | 0,1724 | 0,2395 | 1,0000 | 0,3287 |
| CTCP | 0,2886 | 0,0282 | 0,1678 | 0,5814 | 0,6713 | 0,0024 |

Nota. Índice de Endividamento (ENDIV); Composição do Endividamento (CE); Capital de Terceiros a Curto Prazo (CTCP). Elaborada pelo autor.

Para as variáveis de endividamento (Tabela 25), observa-se que a variável ENDIV, apresenta uma alta variabilidade em relação à média, além de um elevado desvio-padrão e coeficiente de variação, demonstrando que o índice de endividamento abrange todas as modalidades de operadoras de saúde.

Quando comparado com 2019, observa-se uma redução da média em torno de 113%, o que denota o aumento no resultado líquido das OPS nesse ano, contribuindo para uma redução da variável ENDIV.

Para as variáveis CE e CTCP, observa-se uma baixa variabilidade em relação à média, demonstrando que o nível de endividamento de curto e longo prazo estão próximos da média para todas as modalidades de operadoras analisadas.

Tabela 26

Cálculo de Indicadores de Endividamento – Ano base (2020)

| Indicadores / Variáveis | Média | Variância | Desvio-padrão | Coefficiente de Variação | Máximo | Mínimo |
|-------------------------|---------|-----------|---------------|--------------------------|--------|---------|
| DOP | 0,8841 | 0,0093 | 0,0964 | 0,1090 | 1,0954 | 0,4419 |
| IRF | -0,0037 | 0,0052 | 0,0721 | -19,4865 | 0,0601 | -0,7197 |
| DM | 0,6643 | 0,0358 | 0,1892 | 0,2848 | 0,9685 | -0,0200 |
| DC | 0,0426 | 0,0043 | 0,0652 | 1,5305 | 0,4967 | 0,0000 |
| DA | 0,1456 | 0,0111 | 0,1053 | 0,7232 | 0,6131 | 0,0151 |
| COMB | 0,8526 | 0,0106 | 0,1032 | 0,1210 | 1,0616 | 0,3872 |
| COMBA | 0,8630 | 0,0197 | 0,1404 | 0,1627 | 1,8743 | 0,3904 |

Nota. Percentual de Despesas Operacionais em relação às Receitas Operacionais (DOP); Índice de Resultado Financeiro (IRF); Despesas Médicas (ou Sinistralidade) (DM); Índice de Despesa de Comercialização (DC); Índice de Despesa Administrativa (DA); Índice Combinado (COMB); Índice Combinado Ajustado (COMBA). Elaborada pelo autor.

Para as variáveis específicas da saúde suplementar no ano de 2020 (Tabela 26), observa-se uma baixa variabilidade em relação à média para quase todas as variáveis, com exceção da variável DM (Índice de Sinistralidade ou Despesas Médicas), que demonstra uma variabilidade maior em relação à média, além de apresentar um desvio-padrão alto. Essa variabilidade positiva denota que as modalidades de operadoras analisadas possuem um distanciamento de sua média. Quando comparado com o ano de 2019, observa-se uma redução da média na variável DM em torno de 19%, que representa uma grande redução das despesas médicas de todas as modalidades de operadora.

A variáveis IRF e DC apresentam um coeficiente de variação alto, que denota a heterogeneidade das operadoras.

Tabela 27

Cálculo de Indicadores de Liquidez – Ano base (2020)

| Indicadores / Variáveis | Média | Variância | Desvio-padrão | Coefficiente de Variação | Máximo | Mínimo |
|-------------------------|--------|-----------|---------------|--------------------------|---------|--------|
| LI | 1,6692 | 2,5167 | 1,5864 | 0,9504 | 15,5652 | 0,1635 |
| LG | 2,3764 | 1,0717 | 1,0352 | 0,4356 | 7,7915 | 0,6521 |
| LC | 2,2224 | 2,6930 | 1,6410 | 0,7384 | 16,0699 | 0,4512 |

Nota. Liquidez Imediata (LI); Liquidez Geral (LG); Liquidez Corrente (LC). Elaborada pelo autor.

Para as variáveis de liquidez LI e LC (Tabela 27), observa-se uma alta variabilidade em relação à média, demonstrando que as modalidades de operadoras analisadas possuem um distanciamento de sua média. Quanto à variável LG, observa-se uma variabilidade menor em relação à média.

Tabela 28
Cálculo de Indicadores de Rentabilidade – Ano base (2021)

| Indicadores / Variáveis | Média | Variância | Desvio-padrão | Coefficiente de Variação | Máximo | Mínimo |
|-------------------------|--------|-----------|---------------|--------------------------|--------|---------|
| ROA | 0,0343 | 0,0114 | 0,1069 | 3,1166 | 0,4863 | -0,3858 |
| ROE | 0,0473 | 0,0537 | 0,2317 | 4,8985 | 1,0618 | -0,8203 |
| MLB | 0,2044 | 0,0430 | 0,2073 | 1,0142 | 0,9392 | -0,5411 |
| MLL | 0,0272 | 0,0093 | 0,0966 | 3,5515 | 0,3439 | -0,5084 |
| EBIT | 0,0572 | 0,0106 | 0,1030 | 1,8007 | 0,5644 | -0,2082 |
| EBITDA | 0,0622 | 0,0109 | 0,1043 | 1,6768 | 0,5653 | -0,2074 |
| IMOB | 0,3070 | 0,1199 | 0,3462 | 1,1277 | 1,4631 | -0,0337 |

Nota. Retorno sobre o Ativo (ROA); Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE); Margem de Lucro Bruto (MLB); Margem de Lucro Líquido (MLL); Lucro antes de Juros e Impostos (EBIT); Lucro antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização (EBITDA); Imobilização do Patrimônio Líquido (IMOB). Elaborada pelo autor.

Para o ano de 2021 (Tabela 28), observa-se que as variáveis de rentabilidade ROA, MLL, EBIT e EBITDA possuem uma baixa variabilidade em relação à média, cujo comportamento em 2019 e 2020 é similar.

Para as variáveis ROE, MLB e IMOB, observa-se uma alta variabilidade em relação à média, caracterizando-se por sua amostragem heterogênea, tendo em vista que a amostra é composta por operadoras de modalidades diferentes e resultados econômicos diferentes. Observam-se também, nas variáveis ROE e IMOB, os maiores valores de máximo (1,0618 e 1,4631) e mínimo (-0,8203 e -0,0337), além de um elevado desvio-padrão (0,2317 e 0,3462).

Tabela 29
Cálculo de Indicadores de Endividamento – Ano base (2021)

| Indicadores / Variáveis | Média | Variância | Desvio-padrão | Coefficiente de Variação | Máximo | Mínimo |
|-------------------------|--------|-----------|---------------|--------------------------|---------|---------|
| ENDIV | 1,0995 | 1,4828 | 1,2177 | 1,1075 | 10,9416 | -3,7434 |
| CE | 0,7172 | 0,0271 | 0,1647 | 0,2296 | 1,0000 | 0,3594 |
| CTCP | 0,2912 | 0,0255 | 0,1597 | 0,5484 | 0,6406 | 0,0000 |

Nota. Índice de Endividamento (ENDIV); Composição do Endividamento (CE); Capital de Terceiros a Curto Prazo (CTCP). Elaborada pelo autor.

Para as variáveis de endividamento, demonstradas na Tabela 29, observa-se que a variável ENDIV apresenta uma alta variabilidade em relação à média, além de um elevado desvio-padrão, demonstrando que o índice de endividamento abrange todas as modalidades de operadoras de saúde. Quando comparada com ano de 2020, a média da variável ENDIV aumenta aproximadamente 9%, média ainda menor quando comparada com ano de 2019.

Para as variáveis CE e CTCP, observa-se uma baixa variabilidade em relação à média, demonstrando que o nível de endividamento de curto e longo prazo estão próximos da média para todas as modalidades de operadoras analisadas.

Com intuito de aprofundar o conhecimento sobre a variável ENDIV, adotamos, como análise alternativa, a verificação do passivo oneroso das operadoras. Essa análise permite identificar o comportamento das operadoras no que tange aos seus endividamentos financeiros. Segundo Assaf Neto (2021), entende-se como passivo oneroso as obrigações em que as empresas produzem ônus financeiro pelo uso de recursos de terceiros. Exemplos dessas obrigações são os empréstimos e financiamentos adquiridos pelas empresas.

Como resultado dessa nova análise, as operadoras, ao longo dos anos de 2019 a 2021, têm aumentado o seu passivo oneroso. O aumento ocorrido nesse período foi de 21%, demonstrando que no ano de 2021, por ter sido atípico no que tange aos compromissos de pagamento dos custos

assistenciais, as operadoras aumentaram o seu endividamento financeiro para realização de novos investimentos e possivelmente para honrar seus compromissos de curto ou longo prazo.

Tabela 30
Cálculo de Indicadores Específicos de Saúde Suplementar – Ano base (2021)

| Indicadores / Variáveis | Média | Variância | Desvio-padrão | Coefficiente de Variação | Máximo | Mínimo |
|-------------------------|--------|-----------|---------------|--------------------------|--------|---------|
| DOP | 0,9741 | 0,0147 | 0,1212 | 0,1244 | 1,7302 | 0,4685 |
| IRF | 0,0121 | 0,0004 | 0,0196 | 1,6198 | 0,1014 | -0,0259 |
| DM | 0,7605 | 0,0461 | 0,2146 | 0,2822 | 1,467 | -0,0068 |
| DC | 0,0460 | 0,0050 | 0,0709 | 1,5413 | 0,4537 | 0 |
| DA | 0,1391 | 0,0096 | 0,0979 | 0,7038 | 0,5117 | 0,0052 |
| COMB | 0,9457 | 0,0163 | 0,1277 | 0,1350 | 1,7016 | 0,3984 |
| COMBA | 0,9350 | 0,0166 | 0,1289 | 0,1379 | 1,6884 | 0,3984 |

Nota. Percentual de Despesas Operacionais em relação às Receitas Operacionais (DOP); Índice de Resultado Financeiro (IRF); Despesas Médicas (ou Sinistralidade) (DM); Índice de Despesa de Comercialização (DC); Índice de Despesa Administrativa (DA); Índice Combinado (COMB); Índice Combinado Ajustado (COMBA). Elaborada pelo autor.

Dentre as variáveis demonstradas na Tabela 30, podem-se destacar as variáveis Despesas Médicas (DM) e COMBA. A variável DM é a mais utilizada no mercado de saúde suplementar, pois ela demonstra o índice de sinistralidade de uma operadora, ou seja, quanto a operadora teve de custos com assistências em relação às suas contraprestações (receita). Já a variável COMBA está relacionada com a política de gestão de saúde adotada pela operadora combinada com a sua gestão administrativa e financeira.

Para as variáveis específicas da saúde suplementar no ano de 2021 (Tabela 30), observa-se uma baixa variabilidade em relação à média para quase todas as variáveis, com exceção da variável DM, que demonstra uma variabilidade maior em relação à média, além de apresentar um desvio-padrão alto. Essa variabilidade positiva denota que as modalidades de operadoras analisadas possuem um distanciamento de sua média.

As variáveis IRF e DC apresentam um coeficiente de variação alto, que denota a heterogeneidade das operadoras.

Tabela 31
Cálculo de Indicadores de Liquidez – Ano base (2021)

| Indicadores / Variáveis | Média | Variância | Desvio-padrão | Coefficiente de Variação | Máximo | Mínimo |
|-------------------------|--------|-----------|---------------|--------------------------|---------|--------|
| LI | 1,5028 | 3,4567 | 1,8592 | 1,2372 | 18,5028 | 0,1653 |
| LG | 2,3321 | 1,1240 | 1,0602 | 0,4546 | 8,2242 | 0,7329 |
| LC | 2,0257 | 3,6169 | 1,9018 | 0,9388 | 19,2794 | 0,3192 |

Nota. Liquidez Imediata (LI); Liquidez Geral (LG); Liquidez Corrente (LC). Elaborada pelo autor.

Para as variáveis de liquidez LI e LC (Tabela 31), observa-se uma alta variabilidade em relação à média e alto coeficiente de variação, demonstrando que as modalidades de operadoras analisadas possuem um distanciamento de sua média. Quanto à liquidez geral LG, observa-se uma variabilidade menor em relação à média.

Apesar das variações especificadas nos índices de liquidez, todas as variáveis apresentaram valores medianos ideais durante todos os anos analisados, uma vez que esses valores são maiores do que 1, indicando que as OPS possuíam a capacidade de pagamento de suas dívidas de curto e longo prazo.

4.1.2 Teste de normalidade (qui-quadrado)

O teste de normalidade foi realizado para todos os indicadores/variáveis estudados (número de 20), para os anos de 2019, 2020 e 2021, e separados em blocos de análise de Rentabilidade, Endividamento, Específicos da Saúde Suplementar e Liquidez.

Como hipóteses foram utilizadas:

Hipótese Nula (H0): se os dados seguem uma distribuição normal;

Hipótese Alternativa (H1): se os dados não seguem uma distribuição normal.

Foi utilizado o nível de significância de 5% (cinco por cento).

Nas Tabelas 32, 33, 34 e 35, pode-se verificar que todas as variáveis apresentaram o p-valor inferior ao nível de significância de 5% ($p\text{-valor} < 0,05$). Dessa forma, rejeita-se a Hipótese Nula, o que denota que todas as variáveis não seguem uma distribuição normal.

Tabela 32

Teste de Normalidade – Qui-Quadrado para os Indicadores de Rentabilidade

| Indicadores / Variáveis | Ano | N | Mín. | Máx. | p-valor |
|-------------------------|--------|-----|---------|--------|---------------------|
| ROA | 2019.0 | 104 | -0.9030 | 0.4406 | < 0.001 (1.446e-25) |
| | 2020.0 | 103 | -0.3198 | 0.5005 | < 0.001 (1.100e-4) |
| | 2021.0 | 104 | -0.3858 | 0.4863 | < 0.001 (9.472e-6) |
| ROE | 2019.0 | 104 | -2.0442 | 1.1246 | < 0.001 (3.980e-24) |
| | 2020.0 | 103 | -0.3669 | 1.3142 | < 0.001 (1.074e-12) |
| | 2021.0 | 104 | -0.8202 | 1.0618 | < 0.001 (3.031e-5) |
| MLB | 2019.0 | 103 | -0.1153 | 0.9479 | < 0.001 (9.004e-10) |
| | 2020.0 | 103 | 0.0299 | 0.9656 | < 0.001 (5.695e-7) |
| | 2021.0 | 104 | -0.5411 | 0.9392 | < 0.001 (7.820e-5) |
| MLL | 2019.0 | 103 | -0.5121 | 0.3143 | < 0.001 (4.010e-23) |
| | 2020.0 | 103 | -0.3510 | 0.3712 | < 0.001 (3.773e-7) |
| | 2021.0 | 104 | -0.5083 | 0.3439 | < 0.001 (7.298e-9) |
| EBIT | 2019.0 | 103 | -0.8067 | 0.5054 | < 0.001 (2.759e-25) |
| | 2020.0 | 103 | -0.1048 | 0.5762 | < 0.001 (1.579e-11) |
| | 2021.0 | 104 | -0.2082 | 0.5644 | < 0.001 (5.384e-14) |
| EBITDA | 2019.0 | 103 | -0.8017 | 0.5058 | < 0.001 (3.922e-25) |
| | 2020.0 | 103 | -0.0954 | 0.5768 | < 0.001 (1.935e-11) |
| | 2021.0 | 104 | -0.2073 | 0.5653 | < 0.001 (1.510e-13) |
| IMOB | 2019.0 | 104 | -0.0160 | 1.3712 | < 0.001 (1.401e-6) |
| | 2020.0 | 103 | -0.0196 | 1.2173 | < 0.001 (1.212e-6) |
| | 2021.0 | 104 | -0.0337 | 1.4630 | < 0.001 (6.261e-7) |

Nota. Retorno sobre o Ativo (ROA); Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE); Margem de Lucro Bruto (MLB); Margem de Lucro Líquido (MLL); Lucro antes de Juros e Impostos (EBIT); Lucro antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização (EBITDA); Imobilização do Patrimônio Líquido (IMOB). Elaborada pelo autor.

Tabela 33
Teste de Normalidade – Qui-Quadrado para os Indicadores de Endividamento

| Indicadores / Variáveis | Ano | N | Mín. | Máx. | p-valor |
|-------------------------|--------|-----|---------|---------|---------------------|
| ENDIV | 2019.0 | 104 | -2.5140 | 1.0596 | < 0.001 (2.600e-49) |
| | 2020.0 | 103 | -2.8739 | 9.2157 | < 0.001 (3.505e-32) |
| | 2021.0 | 104 | -3.7434 | 10.9416 | < 0.001 (1.382e-31) |
| CE | 2019.0 | 104 | 0.2899 | 1.0000 | 0.02701 |
| | 2020.0 | 103 | 0.3287 | 1.0000 | 0.02228 |
| | 2021.0 | 104 | 0.3594 | 1.0000 | 0.1729 |
| CTCP | 2019.0 | 104 | 0.0000 | 0.7100 | 0.02701 |
| | 2020.0 | 103 | 0.0000 | 0.6712 | 0.02228 |
| | 2021.0 | 104 | 0.0000 | 0.6405 | 0.1729 |

Nota. Índice de Endividamento (ENDIV); Composição do Endividamento (CE); Capital de Terceiros a Curto Prazo (CTCP). Elaborada pelo autor.

Tabela 34
Teste de Normalidade – Qui-Quadrado para os Indicadores Específicos de Saúde Suplementar

| Indicadores / Variáveis | Ano | N | Mín. | Máx. | p-valor |
|-------------------------|--------|-----|---------|---------|---------------------|
| DOP | 2019.0 | 103 | 0.5244 | 15.1243 | < 0.001 (7.176e-10) |
| | 2020.0 | 103 | 0.4418 | 10.9536 | < 0.001 (1.145e-11) |
| | 2021.0 | 104 | 0.4684 | 17.3023 | < 0.001 (6.885e-15) |
| IRF | 2019.0 | 103 | -0.0378 | 0.0835 | < 0.001 (8.103e-7) |
| | 2020.0 | 103 | -0.7196 | 0.0601 | < 0.001 (1.098e-47) |
| | 2021.0 | 104 | -0.0258 | 0.1014 | < 0.001 (2.058e-12) |
| DM | 2019.0 | 103 | 0.0050 | 1.0823 | < 0.001 (3.600e-9) |
| | 2020.0 | 103 | -0.0200 | 0.9684 | < 0.001 (2.493e-6) |
| | 2021.0 | 104 | -0.0068 | 1.4670 | < 0.001 (2.438e-5) |
| DC | 2019.0 | 103 | 0.0000 | 0.4703 | < 0.001 (2.931e-24) |
| | 2020.0 | 103 | 0.0000 | 0.4967 | < 0.001 (1.145e-26) |
| | 2021.0 | 104 | 0.0000 | 0.4536 | < 0.001 (1.529e-21) |
| DA | 2019.0 | 103 | 0.0153 | 0.7376 | < 0.001 (7.975e-14) |
| | 2020.0 | 103 | 0.0150 | 0.6131 | < 0.001 (3.491e-10) |
| | 2021.0 | 104 | 0.0052 | 0.5116 | < 0.001 (1.313e-7) |
| COMB | 2019.0 | 103 | 0.4766 | 1.4787 | < 0.001 (5.709e-8) |
| | 2020.0 | 103 | 0.3872 | 1.0615 | < 0.001 (1.279e-10) |
| | 2021.0 | 104 | 0.3983 | 1.7015 | < 0.001 (1.012e-11) |
| COMBA | 2019.0 | 104 | 0.4733 | 1.4605 | < 0.001 (3.099e-7) |
| | 2020.0 | 103 | 0.3903 | 1.8743 | < 0.001 (1.393e-23) |
| | 2021.0 | 104 | 0.3984 | 1.6884 | < 0.001 (4.973e-11) |

Nota. Percentual de Despesas Operacionais em relação às Receitas Operacionais (DOP); Índice de Resultado Financeiro (IRF); Despesas Médicas (ou Sinistralidade) (DM); Índice de Despesa de Comercialização (DC); Índice de Despesa Administrativa (DA); Índice Combinado (COMB); Índice Combinado Ajustado (COMBA). Elaborada pelo autor.

Tabela 35
Teste de Normalidade – Qui-Quadrado para os Indicadores de Liquidez

| Indicadores / Variáveis | Ano | N | Mín. | Máx. | p-valor |
|-------------------------|--------|-----|--------|---------|---------------------|
| LI | 2019.0 | 104 | 0.1308 | 68.0060 | < 0.001 (4.064e-48) |
| | 2020.0 | 103 | 0.1634 | 15.5652 | < 0.001 (8.204e-39) |
| | 2021.0 | 104 | 0.1653 | 18.5027 | < 0.001 (7.120e-42) |
| LG | 2019.0 | 104 | 0.6022 | 68.8939 | < 0.001 (7.021e-49) |
| | 2020.0 | 103 | 0.6520 | 7.7914 | < 0.001 (5.006e-20) |
| | 2021.0 | 104 | 0.7328 | 8.2241 | < 0.001 (1.291e-18) |
| LC | 2019.0 | 104 | 0.3079 | 68.8173 | < 0.001 (4.722e-48) |
| | 2020.0 | 103 | 0.4512 | 16.0698 | < 0.001 (2.111e-36) |
| | 2021.0 | 104 | 0.3191 | 19.2793 | < 0.001 (2.712e-41) |

Nota. Liquidez Imediata (LI); Liquidez Geral (LG); Liquidez Corrente (LC). Elaborada pelo autor.

Em função do não atendimento da premissa de normalidade, foi aplicado o teste não paramétrico apresentado no próximo tópico.

4.1.3 Teste não paramétrico (Mann-Whitney)

Diante da verificação do não atendimento ao pressuposto da normalidade, foi executado o teste Não Paramétrico denominado de **Mann-Whitney**, que tem como objetivo verificar se duas amostras independentes foram retiradas de populações com médias iguais. As hipóteses utilizadas foram:

Hipótese Nula (H0): Não há diferença entre os anos (2019 = 2020, e 2020 = 2021);

Hipótese Alternativa (H1): Há diferença entre os anos (2019 ≠ 2020, e 2020 ≠ 2021)

Tabela 36
Teste de Mann-Whitney para indicadores de Rentabilidade (Anos: 2019 / 2020)

| Indicadores / Variáveis | Ano | N | Mediana | Mín. | Máx. | p-valor |
|-------------------------|--------|-----|---------|---------|--------|----------|
| ROA | 2019.0 | 104 | 0.071 | -0.9030 | 0.4406 | 1,11E-02 |
| | 2020.0 | 103 | 0.119 | -0.3198 | 0.5005 | |
| ROE | 2019.0 | 104 | 0.156 | -2.0442 | 1.1246 | 2,05E-01 |
| | 2020.0 | 103 | 0.222 | -0.3669 | 1.3142 | |
| MLB | 2019.0 | 103 | 0.185 | -0.1153 | 0.9479 | 2,37E+00 |
| | 2020.0 | 103 | 0.234 | 0.0299 | 0.9656 | |
| MLL | 2019.0 | 103 | 0.041 | -0.5121 | 0.3143 | 9,91E-03 |
| | 2020.0 | 103 | 0.065 | -0.3510 | 0.3712 | |
| EBIT | 2019.0 | 103 | 0.063 | -0.8067 | 0.5054 | 8,89E-03 |
| | 2020.0 | 103 | 0.103 | -0.1048 | 0.5762 | |
| EBITDA | 2019.0 | 103 | 0.066 | -0.8017 | 0.5058 | 7,97E-03 |
| | 2020.0 | 103 | 0.107 | -0.0954 | 0.5768 | |
| IMOB | 2019.0 | 104 | 0.169 | -0.0160 | 1.3712 | 0.6016 |
| | 2020.0 | 103 | 0.145 | -0.0196 | 1.2173 | |

Nota. Retorno sobre o Ativo (ROA); Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE); Margem de Lucro Bruto (MLB); Margem de Lucro Líquido (MLL); Lucro antes de Juros e Impostos (EBIT); Lucro antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização (EBITDA); Imobilização do Patrimônio Líquido (IMOB). Elaborada pelo autor.

De acordo com o teste de *Mann-Whitney* realizado para os indicadores de Rentabilidade para os anos de 2019/2020 (Tabela 36), foi identificado que quase todas as variáveis apresentaram um p-valor inferior ao nível de significância de 5% (p-valor <0,05), demonstrando que tais indicadores se comportaram de modo diferente quando comparados os períodos. Somente a variável IMOB apresentou um p-valor superior ao nível de significância de 5% (p-valor >0,05), que denota a não rejeição da hipótese nula (H0).

Com base no resultado apurado acima, verifica-se que as variáveis de rentabilidade sofreram impactos positivos durante o período de pandemia, ou seja, os resultados operacionais das operadoras aumentaram quando comparados com o ano de 2019, proporcionando, assim, uma melhor rentabilidade em 2020.

Observam-se como fatores desse impacto da Covid-19 as medidas de combate ao coronavírus determinadas pela OMS. A principal medida, o isolamento social, contribuiu com a redução dos atendimentos aos beneficiários de planos de saúde, o que, conseqüentemente, proporcionou para as OPS uma redução de seus custos assistenciais.

Os indicadores de Rentabilidade medem como a empresa pode ser lucrativa por meio de capitais investidos, quanto renderam os investimentos e o resultado econômico da empresa (Barros, 2016). Outro ponto a destacar como análise desses indicadores foi identificar que, quanto maior for o indicador, melhor será o desempenho da empresa.

Tabela 37

Teste de Mann-Whitney para indicadores de Endividamento (Anos: 2019 / 2020)

| Indicador | Ano | N | Mediana | Mín. | Máx. | p-valor |
|-----------|--------|-----|---------|---------|----------|---------|
| ENDIV | 2019.0 | 104 | 1.107 | -2.5140 | 105.9678 | 0.01737 |
| | 2020.0 | 103 | 0.898 | -2.8739 | 9.2157 | |
| CE | 2019.0 | 104 | 0.745 | 0.2899 | 1.0000 | 0.7208 |
| | 2020.0 | 103 | 0.733 | 0.3287 | 1.0000 | |
| CTCP | 2019.0 | 104 | 0.255 | 0.0000 | 0.7100 | 0.7208 |
| | 2020.0 | 103 | 0.267 | 0.0000 | 0.6712 | |

Nota. Índice de Endividamento (ENDIV); Composição do Endividamento (CE); Capital de Terceiros a Curto Prazo (CTCP). Elaborada pelo autor.

De acordo com o teste de Mann Whitney realizado para os indicadores de Endividamento para os anos de 2019/2020 (Tabela 37), foi identificado que a variável ENDIV apresentou um p-valor inferior ao nível de significância de 5% (p-valor <0,05), demonstrando que o indicador se comporta de maneira diferente quando comparado os períodos. Já as variáveis CE e CTCP apresentam um p-valor superior ao nível de significância de 5% (p-valor >0,05), que denota a não rejeição da hipótese nula (H0).

O comportamento da variável ENDIV é similar ao das variáveis de rentabilidade, ou seja, o resultado operacional apurado em 2020 contribuiu para a redução do índice de endividamento das operadoras nesse mesmo período. Já as demais variáveis, CE e CTCP, mostram que, apesar da melhora no resultado operacional, as operadoras mantiveram os seus níveis de endividamento no curto e longo prazo.

É importante frisar que a variável Composição do Endividamento (CE) mostra a relação entre a dívida de curto prazo e a dívida total da empresa. Destaca-se também que o capital de terceiros são recursos captados pela empresa, principalmente os advindos de empréstimos.

Os indicadores de endividamento permitem avaliar a capacidade da empresa para financiar os seus ativos com recursos próprios ou terceiros (Fernandes, Cailleau, & Souza, 2019).

Tabela 38
Teste de Mann-Whitney para indicadores Específicos da Saúde Suplementar (Anos: 2019/2020)

| Indicador | Ano | N | Mediana | Mín. | Máx. | p-valor |
|--------------|--------|-----|---------|---------|--------|-----------|
| DOP | 2019.0 | 103 | 0.963 | 0.5244 | 1.5124 | 0.00000 |
| | 2020.0 | 103 | 0.902 | 0.4418 | 1.0953 | |
| IRF | 2019.0 | 103 | 0.012 | -0.0378 | 0.0835 | 3,67E-04 |
| | 2020.0 | 103 | 0.003 | -0.7196 | 0.0601 | |
| DM | 2019.0 | 103 | 0.792 | 0.0050 | 1.0823 | 2,12E-01 |
| | 2020.0 | 103 | 0.721 | -0.0200 | 0.9684 | |
| DC | 2019.0 | 103 | 0.020 | 0.0000 | 0.4703 | 0.9963 |
| | 2020.0 | 103 | 0.020 | 0.0000 | 0.4967 | |
| DA | 2019.0 | 103 | 0.109 | 0.0153 | 0.7376 | 0.5900 |
| | 2020.0 | 103 | 0.104 | 0.0150 | 0.6131 | |
| COMB | 2019.0 | 103 | 0.937 | 0.4766 | 1.4787 | 0.00000 |
| | 2020.0 | 103 | 0.871 | 0.3872 | 1.0615 | |
| COMBA | 2019.0 | 104 | 0.926 | 0.4733 | 1.4605 | -1,58E-04 |
| | 2020.0 | 103 | 0.878 | 0.3903 | 1.8743 | |

Nota. Percentual de Despesas Operacionais em relação às Receitas Operacionais (DOP); Índice de Resultado Financeiro (IRF); Despesas Médicas (ou Sinistralidade) (DM); Índice de Despesa de Comercialização (DC); DA – Índice de Despesa Administrativa (DA); Índice Combinado (COMB); Índice Combinado Ajustado (COMBA). Elaborada pelo autor.

No teste de *Mann-Whitney* realizado para os indicadores Específicos da Saúde Suplementar para os anos de 2019/2020 (Tabela 38) foi identificado que quase todas as variáveis apresentaram um p-valor inferior ao nível de significância de 5% (p-valor <0,05), demonstrando que o indicador se comporta de maneira diferente quando comparados os períodos, com exceção das variáveis DC e DA que apresentam um p-valor superior ao nível de significância de 5% (p-valor >0,05), o que denota a não rejeição da hipótese nula (H₀).

Para Fernandes, Cailleau e Souza (2019), outros indicadores muito comuns utilizados e que permitem uma visão global de produção são os indicadores de Atividades. Esses indicadores analisam especificamente o ciclo operacional que envolve os aspectos operacionais de uma empresa com relação à aquisição de insumos/mercadorias e recebimento das vendas (Assaf Neto, 2021). As variáveis testadas acima são os indicadores de atividade do mercado de saúde suplementar.

Com base no teste apurado, pode-se verificar que as variáveis DC e DA não apresentaram diferenças, ou seja, apesar de um período com resultados maiores, as operadoras mantiveram as suas despesas de comercialização e despesas administrativas no mesmo patamar apurado em 2019, período antes da pandemia, o que denota que o impacto da Covid-19 não afetou diretamente essas variáveis em 2020.

Para as demais variáveis apuradas, que denotam diferenças entre os anos analisados, podemos destacar, entre elas, a variável DM, pois essa variável foi a mais impactada pela Covid-19 no ano de 2020. O seu impacto proporcionou às operadoras reduzirem os seus custos assistenciais em margens históricas e nunca vistas no mercado de saúde suplementar. Vale destacar que, para as demais variáveis, como DOP, COMB e COMBA, as Despesas Médicas (DM) estão diretamente relacionadas às diferenças apuradas nos anos de 2019 e 2020.

A variável Despesa Operacional (DOP) é o percentual de despesas operacionais em relação às suas receitas operacionais. Essas despesas contemplam as Despesas Administrativas, Despesas de Comercialização, Despesas Médicas e Outras Despesas Operacionais, enquanto a Receita Operacional é composta por Contraprestações Efetivas e Outras Receitas Operacionais.

O COMB e o COMBA, em termos financeiros, oferecem uma análise a respeito da situação financeira da OPS. Quanto menor for esse indicador, melhor será a situação financeira da operadora. Pode-se destacar que ele está relacionado à política de gestão de saúde combinada com

a gestão administrativa e financeira. Esse indicador contempla as Despesas Administrativas, Despesas de Comercialização, Despesas Médicas sobre a Contraprestações Efetivas + Resultado Financeiro Líquido.

Outra variável que apresentou diferença no período analisado é o Índice de Resultado Financeiro (IRF), que é composto pelo Resultado Financeiro Líquido sobre as contraprestações efetivas. Entenda-se como resultado financeiro líquido a diferença entre as Receitas Financeiras e as Despesas Financeiras. Observa-se que essa variável também foi impactada pela Covid-19 no ano de 2020, e está associada ao período econômico vivido no país, pois durante esse período o Banco Central do Brasil adotou, como política monetária, a redução da taxa Selic, com o intuito de conter o avanço da inflação e, de acordo com os dados oficiais, o percentual fechou o ano em 2%, sendo o menor percentual da história (Agência Brasil, 2020). Os grandes investimentos estão associados à taxa Selic; portanto, se o percentual é baixo, os rendimentos de receitas financeiras oriundas desses investimentos também são baixos, o que explica a grande redução desse indicador.

É importante destacar que, no mercado de seguro de saúde suplementar, existe a obrigatoriedade dos ativos financeiros para cobrirem as provisões técnicas estabelecidas pela ANS, e de acordo com as normas prudenciais mencionadas no referencial teórico, a ANS possibilita às OPS uma interrupção nas constituições das provisões técnicas, mas impede que tais investimentos sejam resgatados, portanto, isso não impactaria a redução desse indicador no ano de 2020.

Tabela 39

Teste de Mann-Whitney para indicadores de Liquidez (Anos: 2019/2020)

| Indicador | Ano | N | Mediana | Mín. | Máx. | p-valor |
|-----------|--------|-----|---------|--------|---------|---------|
| LI | 2019.0 | 104 | 1.186 | 0.1308 | 68.0060 | 0.04397 |
| | 2020.0 | 103 | 1.353 | 0.1634 | 15.5652 | |
| LG | 2019.0 | 104 | 1.856 | 0.6022 | 68.8939 | 0.01641 |
| | 2020.0 | 103 | 2.084 | 0.6520 | 7.7914 | |
| LC | 2019.0 | 104 | 1.652 | 0.3079 | 68.8173 | 0.02253 |
| | 2020.0 | 103 | 1.841 | 0.4512 | 16.0698 | |

Nota. Liquidez Imediata (LI); Liquidez Geral (LG); Liquidez Corrente (LC). Elaborada pelo autor.

No teste de *Mann-Whitney* realizado para os indicadores de Liquidez para os anos de 2019/2020 (Tabela 39), foi identificado que todas as variáveis apresentaram um p-valor inferior ao nível de significância de 5% (p-valor <0,05), demonstrando que o indicador se comporta de maneira diferente quando comparados os períodos.

Os indicadores de liquidez evidenciam a situação financeira de uma empresa frente aos compromissos financeiros assumidos (Martins, Diniz, & Miranda, 2021). As variações desses índices devem ser motivo de estudo, pois a falta de liquidez leva a empresa para uma situação de insolvência. Para Assaf Neto (2021), a Liquidez Imediata (LI) revela a liquidez a curtíssimo prazo, a Liquidez Corrente revela quanto existe de ativo para cada R\$1 de dívida no curto prazo, e a Liquidez Geral revela a liquidez tanto no curto quanto no longo prazo.

O impacto da pandemia de Covid-19 no ano de 2020 afetou positivamente a liquidez das operadoras, tanto no que tange à liquidez imediata quanto à liquidez corrente e geral.

Tabela 40
Teste de Mann-Whitney para indicadores de Rentabilidade (Anos: 2020/2021)

| Indicador | Ano | N | Mediana | Mín. | Máx. | p-valor |
|-----------|--------|-----|---------|---------|--------|----------|
| ROA | 2020.0 | 103 | 0.119 | -0.3198 | 0.5005 | 0.000 |
| | 2021.0 | 104 | 0.028 | -0.3858 | 0.4863 | |
| ROE | 2020.0 | 103 | 0.222 | -0.3669 | 1.3142 | 0.000 |
| | 2021.0 | 104 | 0.059 | -0.8202 | 1.0618 | |
| MLB | 2020.0 | 103 | 0.234 | 0.0299 | 0.9656 | 3,96E-03 |
| | 2021.0 | 104 | 0.135 | -0.5411 | 0.9392 | |
| MLL | 2020.0 | 103 | 0.065 | -0.3510 | 0.3712 | 0.000 |
| | 2021.0 | 104 | 0.018 | -0.5083 | 0.3439 | |
| EBIT | 2020.0 | 103 | 0.103 | -0.1048 | 0.5762 | 0.000 |
| | 2021.0 | 104 | 0.039 | -0.2082 | 0.5644 | |
| EBITDA | 2020.0 | 103 | 0.107 | -0.0954 | 0.5768 | 0.000 |
| | 2021.0 | 104 | 0.043 | -0.2073 | 0.5653 | |
| IMOB | 2020.0 | 103 | 0.145 | -0.0196 | 1.2173 | 0.8618 |
| | 2021.0 | 104 | 0.138 | -0.0337 | 1.4630 | |

Nota. Retorno sobre o Ativo (ROA); Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE); Margem de Lucro Bruto (MLB); Margem de Lucro Líquido (MLL); Lucro antes de Juros e Impostos (EBIT); Lucro antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização (EBITDA); Imobilização do Patrimônio Líquido (IMOB). Elaborada pelo autor.

De acordo com o teste de *Mann-Whitney* realizado para os indicadores de Rentabilidade para os anos de 2020/2021 (Tabela 40), foi identificado o mesmo comportamento para as variáveis, conforme analisado no teste de 2019 e 2020. Somente a variável IMOB apresenta um p-valor superior ao nível de significância de 5% ($p\text{-valor} > 0,05$), que denota a não rejeição da hipótese nula (H_0).

Para Assaf Neto (2021), a avaliação de desempenho econômico pode ser processada por meio da formulação do Retorno Sobre o Ativo (ROA) e do retorno sobre o patrimônio líquido - ROE, esses são essenciais para o estudo da viabilidade econômica de uma empresa. Para Martins, Diniz e Miranda (2021), o ROE é o indicador mais importante de rentabilidade, pelo fato de demonstrar a capacidade da empresa de remunerar o capital que foi investido pelos sócios.

As outras variáveis, MLB, MLL, EBIT e EBITDA, também têm como ponto principal o resultado operacional das operadoras e, ao analisar o ano de 2021, observa-se que a Covid-19 afetou o resultado operacional, com forte redução que pode ser explicada pelo acúmulo de consultas e exames eletivos postergados para o ano de 2021. Vale ressaltar que as consultas e exames eletivos são aqueles agendados com o médico/locais de preferência, sem causar danos à saúde do paciente. Destaca-se que as consultas, exames, terapias e outros procedimentos resultam em custos assistenciais para as operadoras.

Tabela 41
Teste de Mann-Whitney para indicadores de Endividamento (Anos: 2020 / 2021)

| Indicador | Ano | N | Mediana | Mín. | Máx. | p-valor |
|-----------|--------|-----|---------|---------|---------|---------|
| ENDIV | 2020.0 | 103 | 0.898 | -2.8739 | 9.2157 | 0.3892 |
| | 2021.0 | 104 | 0.971 | -3.7434 | 10.9416 | |
| CE | 2020.0 | 103 | 0.733 | 0.3287 | 1.0000 | 0.8355 |
| | 2021.0 | 104 | 0.721 | 0.3594 | 1.0000 | |
| CTCP | 2020.0 | 103 | 0.267 | 0.0000 | 0.6712 | 0.8355 |
| | 2021.0 | 104 | 0.279 | 0.0000 | 0.6405 | |

Nota. Índice de Endividamento (ENDIV); Composição do Endividamento (CE); Capital de Terceiros a Curto Prazo (CTCP). Elaborada pelo autor.

Diferentemente do teste de *Mann-Whitney* realizado para os indicadores de Endividamento para os anos de 2019/2020, as variáveis para o ano de 2020/2021 (Tabela 41) apresentaram um p-valor superior ao nível de significância de 5% ($p\text{-valor} > 0,05$), que denota a não rejeição da hipótese nula (H_0).

Tabela 42

Teste de Mann-Whitney para indicadores Específicos da Saúde Suplementar (Anos: 2020/2021)

| Indicador | Ano | N | Mediana | Mín. | Máx. | p-valor |
|-----------|--------|-----|---------|---------|--------|----------|
| DOP | 2020.0 | 103 | 0.902 | 0.4418 | 1.0953 | 0.000 |
| | 2021.0 | 104 | 0.978 | 0.4684 | 1.7302 | |
| IRF | 2020.0 | 103 | 0.003 | -0.7196 | 0.0601 | 3,69E-02 |
| | 2021.0 | 104 | 0.009 | -0.0258 | 0.1014 | |
| DM | 2020.0 | 103 | 0.721 | -0.0200 | 0.9684 | 8,06E-04 |
| | 2021.0 | 104 | 0.825 | -0.0068 | 1.4670 | |
| DC | 2020.0 | 103 | 0.02 | 0.0000 | 0.4967 | 0.9251 |
| | 2021.0 | 104 | 0.02 | 0.0000 | 0.4536 | |
| DA | 2020.0 | 103 | 0.104 | 0.0150 | 0.6131 | 0.7700 |
| | 2021.0 | 104 | 0.105 | 0.0052 | 0.5116 | |
| COMB | 2020.0 | 103 | 0.871 | 0.3872 | 1.0615 | 0.000 |
| | 2021.0 | 104 | 0.961 | 0.3983 | 1.7015 | |
| COMBA | 2020.0 | 103 | 0.878 | 0.3903 | 1.8743 | 0.000 |
| | 2021.0 | 104 | 0.951 | 0.3984 | 1.6884 | |

Nota. Percentual de Despesas Operacionais em relação às Receitas Operacionais (DOP); Índice de Resultado Financeiro (IRF); Despesas Médicas (ou Sinistralidade) (DM); Índice de Despesa de Comercialização (DC); Índice de Despesa Administrativa (DA); Índice Combinado (COMB); Índice Combinado Ajustado (COMBA). Elaborada pelo autor.

No teste de *Mann-Whitney* realizado para os indicadores Específicos da Saúde Suplementar para os anos de 2020/2021 (Tabela 42), foi identificado que quase todas as variáveis apresentaram um p-valor inferior ao nível de significância de 5% ($p\text{-valor} < 0,05$), demonstrando que o indicador se comporta de maneira diferente quando comparados os períodos, com exceção das variáveis DC e DA que apresentam um p-valor superior ao nível de significância de 5% ($p\text{-valor} > 0,05$), que denota a não rejeição da hipótese nula (H_0).

Nota-se que o comportamento é muito similar ao teste realizado para o período de 2019/2020, e a variável Despesas Médicas repete-se como o ponto focal dessa variação. A despesa médica ou sinistralidade é um dos indicadores mais importantes na saúde suplementar. Observa-se que essa despesa representa um grande impacto no resultado líquido das OPS. De acordo com a Fenasaúde (2022), a sinistralidade médico-hospitalar em 2021 bateu recorde e é a maior dos últimos 20 anos.

Essa variável demonstra ter sido fortemente impactada pela Covid-19, ocasionando um aumento significativo no ano de 2021, que pode ser explicado por 2 aspectos: (i) uma demanda reprimida de consultas e exames eletivos no ano de 2020, devido à Covid-19 e as medidas de isolamento social e (ii) um aumento do custo dos insumos devido ao aumento da inflação médica, também provocada pelas dificuldades impostas na economia pela Covid-19.

Ainda segundo a Fenasaúde (2021), esse custo recorde é consequência da inflação da saúde, da incerteza da economia brasileira, mas, sobretudo, pela alta demanda de procedimentos não urgentes.

Conforme detalhado na variação de 2019/2020, essa variável afeta diretamente as outras variáveis analisadas e, neste caso, o aumento da variável DM provocou também um aumento nas outras variáveis.

Tabela 43
Teste de Mann-Whitney para indicadores de Liquidez (Anos: 2020/2021)

| Indicador | Ano | N | Mediana | Mín. | Máx. | p-valor |
|-----------|--------|-----|---------|--------|---------|---------|
| LI | 2020.0 | 103 | 1.353 | 0.1634 | 15.5652 | 0.02731 |
| | 2021.0 | 104 | 1.137 | 0.1653 | 18.5027 | |
| LG | 2020.0 | 103 | 2.084 | 0.6520 | 7.7914 | 0.4260 |
| | 2021.0 | 104 | 2.005 | 0.7328 | 8.2241 | |
| LC | 2020.0 | 103 | 1.841 | 0.4512 | 16.0698 | 0.03411 |
| | 2021.0 | 104 | 1.647 | 0.3191 | 19.2793 | |

Nota. Liquidez Imediata (LI); Liquidez Geral (LG); Liquidez Corrente (LC). Elaborada pelo autor.

No teste de *Mann-Whitney* realizado para os indicadores de Liquidez para os anos de 2020/2021 (Tabela 43), foi identificado que as variáveis LI e LC apresentam um p-valor inferior ao nível de significância de 5% (p-valor <0,05), demonstrando que o indicador se comporta de maneira diferente quando comparados os períodos. Porém, a variável LG apresenta um p-valor superior ao nível de significância de 5% (p-valor >0,05), denotando a não rejeição da hipótese nula (H0).

A variáveis LI e LC foram diretamente impactadas pela Covid-19, tendo em vista que, com o aumento das despesas médicas, houve a necessidade de honrar os compromissos imediatos e a curto prazo, afetando, assim, a disponibilidade de caixa das operadoras. Vale ressaltar que, apesar da necessidade de capital giro, as operadoras apresentaram os seus índices de liquidez superiores a 1, evidenciando que os indicadores de liquidez são satisfatórios para a situação financeira das operadoras.

Tabela 44
Teste de Mann-Whitney para indicadores de Rentabilidade (Anos: 2019/2021)

| Indicador | Ano | N | Mediana | Mín. | Máx. | p-valor |
|-----------|--------|-----|---------|---------|--------|-----------|
| ROA | 2019.0 | 104 | 0.071 | -0.9030 | 0.4406 | -2,37E-01 |
| | 2021.0 | 104 | 0.028 | -0.3858 | 0.4863 | |
| ROE | 2019.0 | 104 | 0.156 | -2.0442 | 1.1246 | 5,50E-03 |
| | 2021.0 | 104 | 0.059 | -0.8202 | 1.0618 | |
| MLB | 2019.0 | 103 | 0.185 | -0.1153 | 0.9479 | 0.01491 |
| | 2021.0 | 104 | 0.135 | -0.5411 | 0.9392 | |
| MLL | 2019.0 | 103 | 0.041 | -0.5121 | 0.3143 | 2,16E+00 |
| | 2021.0 | 104 | 0.018 | -0.5083 | 0.3439 | |
| EBIT | 2019.0 | 103 | 0.063 | -0.8067 | 0.5054 | 1,22E+00 |
| | 2021.0 | 104 | 0.039 | -0.2082 | 0.5644 | |
| EBITDA | 2019.0 | 103 | 0.066 | -0.8017 | 0.5058 | 1,57E+00 |
| | 2021.0 | 104 | 0.043 | -0.2073 | 0.5653 | |
| IMOB | 2019.0 | 104 | 0.169 | -0.0160 | 1.3712 | 0.7540 |
| | 2021.0 | 104 | 0.138 | -0.0337 | 1.4630 | |

Nota. Retorno sobre o Ativo (ROA); Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE); Margem de Lucro Bruto (MLB); Margem de Lucro Líquido (MLL); Lucro antes de Juros e Impostos (EBIT); Lucro antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização (EBITDA); Imobilização do Patrimônio Líquido (IMOB). Elaborada pelo autor.

De acordo com o teste de *Mann-Whitney* realizado para os indicadores de Rentabilidade para os anos de 2019/2021 (Tabela 44), foi identificado que quase todas as variáveis apresentaram um p-valor inferior ao nível de significância de 5% (p-valor <0,05), demonstrando que tais indicadores se comportaram de modo diferente quando comparados os períodos. Somente a variável IMOB apresentou um p-valor superior ao nível de significância de 5% (p-valor >0,05), que denota a não rejeição da hipótese nula (H0).

Como já visto, as variáveis de rentabilidade têm como ponto principal o resultado operacional, e ao analisar a comparabilidade dos anos de 2019 e 2021, observa-se que a Covid-19 afetou profundamente o resultado operacional das operadoras. Destacamos as variáveis MLL e EBITDA, pois ao comparar o ano de 2019 (período pré-pandêmico) com o ano de 2021 (período de pandemia), observa-se uma redução de 56,09% e 34,84% respectivamente.

Essa redução também é vista nas variáveis ROA e ROE, que apresentam 60,56% e 62,18% respectivamente.

Tabela 45

Teste de Mann-Whitney para indicadores de Endividamento (Anos: 2019/2021)

| Indicador | Ano | N | Mediana | Mín. | Máx. | p-valor |
|-----------|--------|-----|---------|---------|----------|---------|
| ENDIV | 2019.0 | 104 | 1.107 | -2.5140 | 105.9678 | 0.1379 |
| | 2021.0 | 104 | 0.971 | -3.7434 | 10.9416 | |
| CE | 2019.0 | 104 | 0.745 | 0.2899 | 1.0000 | 0.5522 |
| | 2021.0 | 104 | 0.721 | 0.3594 | 1.0000 | |
| CTCP | 2019.0 | 104 | 0.255 | 0.0000 | 0.7100 | 0.5522 |
| | 2021.0 | 104 | 0.279 | 0.0000 | 0.6405 | |

Nota. Índice de Endividamento (ENDIV); Composição do Endividamento (CE); Capital de Terceiros a Curto Prazo (CTCP). Elaborada pelo autor.

Diferentemente do teste de *Mann-Whitney* realizado para os indicadores de Endividamento para os anos de 2019/2020, as variáveis para o ano de 2020/2021 (Tabela 45) apresentou um p-valor superior ao nível de significância de 5% ($p\text{-valor} > 0,05$), que denota a não rejeição da hipótese nula (H_0).

Tabela 46

Teste de Mann-Whitney para indicadores Específicos da Saúde Suplementar (Anos: 2019/2021)

| Indicador | Ano | N | Mediana | Mín. | Máx. | p-valor |
|-----------|--------|-----|---------|---------|--------|---------|
| DOP | 2019.0 | 103 | 0.963 | 0.5244 | 1.5124 | 0.03674 |
| | 2021.0 | 104 | 0.978 | 0.4684 | 1.7302 | |
| IRF | 2019.0 | 103 | 0.012 | -0.0378 | 0.0835 | 0.3679 |
| | 2021.0 | 104 | 0.009 | -0.0258 | 0.1014 | |
| DM | 2019.0 | 103 | 0.792 | 0.0050 | 1.0823 | 0.04277 |
| | 2021.0 | 104 | 0.825 | -0.0068 | 1.4670 | |
| DC | 2019.0 | 103 | 0.020 | 0.0000 | 0.4703 | 0.9473 |
| | 2021.0 | 104 | 0.020 | 0.0000 | 0.4536 | |
| DA | 2019.0 | 103 | 0.109 | 0.0153 | 0.7376 | 0.3829 |
| | 2021.0 | 104 | 0.105 | 0.0052 | 0.5116 | |
| COMB | 2019.0 | 103 | 0.937 | 0.4766 | 1.4787 | 0.03612 |
| | 2021.0 | 104 | 0.961 | 0.3983 | 1.7015 | |
| COMBA | 2019.0 | 104 | 0.926 | 0.4733 | 1.4605 | 0.02946 |
| | 2021.0 | 104 | 0.951 | 0.3984 | 1.6884 | |

Nota. Percentual de Despesas Operacionais em relação às Receitas Operacionais (DOP); Índice de Resultado Financeiro (IRF); Despesas Médicas (ou Sinistralidade) (DM); Índice de Despesa de Comercialização (DC); Índice de Despesa Administrativa (DA); Índice Combinado (COMB); Índice Combinado Ajustado (COMBA). Elaborada pelo autor.

No teste de *Mann-Whitney* realizado para os indicadores Específicos da Saúde Suplementar para os anos de 2019/2021 (Tabela 46), foi identificado que quase todas as variáveis apresentaram um p-valor inferior ao nível de significância de 5% (p-valor <0,05), demonstrando que o indicador se comporta de maneira diferente quando comparados os períodos, com exceção das variáveis IRF, DC e DA que apresentam um p-valor superior ao nível de significância de 5% (p-valor >0,05), que denota a não rejeição da hipótese nula (H0).

Conforme já mencionado nas explicações anteriores dos indicadores Específicos da Saúde Suplementar nos anos de 2019/2020 e 2020/2021, a variável Despesas Médicas (sinistralidade) é o ponto focal dessas variações. Ela é a maior responsável pelo comportamento das outras variáveis, DOP, COMB e COMBA. Se a DM aumenta, essas variáveis também aumentam, e o mesmo acontece em caso de diminuição da DM.

Tabela 47

Teste de Mann-Whitney para indicadores de Liquidez (Anos: 2019/2021)

| Indicador | Ano | N | Mediana | Mín. | Máx. | p-valor |
|-----------|--------|-----|---------|--------|---------|---------|
| LI | 2019.0 | 104 | 1.186 | 0.1308 | 68.0060 | 0.6987 |
| | 2021.0 | 104 | 1.137 | 0.1653 | 18.5027 | |
| LG | 2019.0 | 104 | 1.856 | 0.6022 | 68.8939 | 0.1109 |
| | 2021.0 | 104 | 2.005 | 0.7328 | 8.2241 | |
| LC | 2019.0 | 104 | 1.652 | 0.3079 | 68.8173 | 0.9065 |
| | 2021.0 | 104 | 1.647 | 0.3191 | 19.2793 | |

Nota. Liquidez Imediata (LI); Liquidez Geral (LG); Liquidez Corrente (LC). Elaborada pelo autor.

No teste de *Mann-Whitney* realizado para os indicadores de Liquidez para os anos de 2019/2021 (Tabela 47), foi identificado que todas as variáveis apresentam um p-valor superior ao nível de significância de 5% (p-valor >0,05), denotando a não rejeição da hipótese nula (H0).

4.1.4 Teste não paramétrico (*Kruskal-Wallis*) para diferenças entre grupos

Diante da verificação do não atendimento ao pressuposto da normalidade, foi executado o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, que tem como objetivo verificar se uma quantidade de amostras diferentes provém de populações com médias iguais. As hipóteses utilizadas foram:

Hipóteses Nulas (H0): As médias populacionais são iguais, ou seja, o ano de 2019 = 2020 = 2021;

Hipótese Alternativa (H1): Há pelo menos uma média populacional diferente.

As análises dos testes também foram separadas por grupo de indicadores/variáveis de Rentabilidade, Endividamento, Específicos da Saúde Suplementar e Liquidez por modalidade de operadora.

De acordo com o teste de *Kruskal-Wallis* realizado para os indicadores de Rentabilidade por modalidade de operadora ao longo dos 3 anos estudados (Tabela 48), foi identificado que as variáveis MLB e IMOB apresentaram um p-valor inferior ao nível de significância de 5% (p-valor <0,05) nos 3 anos, demonstrando que tais indicadores se comportam de maneira diferente ao longo do tempo. Para as demais variáveis, os anos de 2019 e 2020 apresentaram um p-valor superior ao nível de significância de 5% (p-valor >0,05), que denota a não rejeição da hipótese nula (H0), porém no ano de 2021 esse comportamento altera e todas as variáveis passam a apresentar um p-valor inferior a 5% (p-valor <0,05).

Tabela 48
Teste de Kruskal-Wallis para indicadores de Rentabilidade por modalidade de operadora

| Indicadores/ Variáveis | Modalidade | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|---------------------------|--------------------------|---------|----------|---------|---------|---------|----------|
| | | Mediana | p-valor | Mediana | p-valor | Mediana | p-valor |
| ROA | Autogestão | 0.065 | | 0.174 | | 0.024 | |
| | Cooperativa Médica | 0.068 | | 0.112 | | 0.016 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.023 | | 0.148 | | 0.098 | |
| | Filantropia | 0.064 | 0.8264 | 0.107 | 0.4853 | -0.037 | 7,56E-01 |
| | Medicina de Grupo | 0.087 | | 0.106 | | 0.029 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.074 | | 0.119 | | 0.089 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.072 | | 0.073 | | 0.041 | |
| ROE | Autogestão | 0.167 | | 0.502 | | 0.042 | |
| | Cooperativa Médica | 0.138 | | 0.231 | | 0.029 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.068 | | 0.308 | | 0.185 | |
| | Filantropia | 0.104 | 0.8472 | 0.165 | 0.2808 | -0.073 | 4,07E-01 |
| | Medicina de Grupo | 0.184 | | 0.191 | | 0.053 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.200 | | 0.161 | | 0.143 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.164 | | 0.135 | | 0.121 | |
| MLB | Autogestão | 0.084 | | 0.174 | | 0.082 | |
| | Cooperativa Médica | 0.132 | | 0.179 | | 0.099 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.339 | | 0.416 | | 0.384 | |
| | Filantropia | 0.141 | 0.000 | 0.206 | 0.000 | 0.070 | 9,98E-06 |
| | Medicina de Grupo | 0.211 | | 0.280 | | 0.150 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.575 | | 0.657 | | 0.567 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.179 | | 0.199 | | 0.116 | |
| MLL | Autogestão | 0.038 | | 0.098 | | 0.021 | |
| | Cooperativa Médica | 0.037 | | 0.065 | | 0.008 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.010 | | 0.081 | | 0.056 | |
| | Filantropia | 0.036 | 0.7323 | 0.107 | 0.7632 | -0.011 | 0.02384 |
| | Medicina de Grupo | 0.039 | | 0.064 | | 0.015 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.049 | | 0.064 | | 0.036 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.058 | | 0.055 | | 0.037 | |
| EBIT | Autogestão | 0.051 | | 0.111 | | 0.022 | |
| | Cooperativa Médica | 0.057 | | 0.104 | | 0.028 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.031 | | 0.099 | | 0.078 | |
| | Filantropia | 0.043 | 0.2520 | 0.117 | 0.8948 | 0.002 | 0.02470 |
| | Medicina de Grupo | 0.08 | | 0.108 | | 0.032 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.085 | | 0.124 | | 0.095 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.090 | | 0.100 | | 0.049 | |
| EBITDA | Autogestão | 0.057 | | 0.112 | | 0.022 | |
| | Cooperativa Médica | 0.061 | | 0.106 | | 0.030 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.035 | | 0.107 | | 0.082 | |
| | Filantropia | 0.044 | 0.2848 | 0.119 | 0.8918 | 0.003 | 0.01386 |
| | Medicina de Grupo | 0.084 | | 0.114 | | 0.034 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.089 | | 0.126 | | 0.101 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.093 | | 0.101 | | 0.051 | |
| IMOB | Autogestão | 0.028 | | 0.014 | | 0.011 | |
| | Cooperativa Médica | 0.331 | | 0.369 | | 0.385 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.486 | | 0.341 | | 0.368 | |
| | Filantropia | 0.572 | 1,65E-02 | 0.672 | 0,01373 | 0.929 | 2,53E-03 |
| | Medicina de Grupo | 0.052 | | 0.068 | | 0.037 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.026 | | 0.016 | | 0.010 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.015 | | 0.011 | | 0.012 | |

Nota. Retorno sobre o Ativo (ROA); Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE); Margem de Lucro Bruto (MLB); Margem de Lucro Líquido (MLL); Lucro antes de Juros e Impostos (EBIT); Lucro antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização (EBITDA); Imobilização do Patrimônio Líquido (IMOB). Elaborada pelo autor.

Diante desse contexto de alteração das variáveis no ano de 2021, destaca-se uma análise das variáveis por modalidade de operadora. Ainda conforme apresentado na Tabela 48, pode-se destacar que os indicadores de rentabilidade, ROA e ROE, apresentaram um aumento significativo no ano de 2020 e uma redução drástica para o ano de 2021.

Destaca-se que as Cooperativas Odontológicas e Odontologia de Grupo foram as OPS que melhor apresentaram uma rentabilidade em 2021, apesar da redução em todas as modalidades. A variável mediana do ROA para as Cooperativas Odontológicas apresentaram (0,098) e as Odontologias de Grupo (0,089), e a variável mediana do ROE foi (0,185) e (0,143) para as Cooperativas Odontológicas e Odontologia de Grupo respectivamente.

Quando comparadas com ano de 2020, as Cooperativas Odontológicas e Odontologia de Grupo apresentaram reduções da variável ROA de (-33,8%) e (-25,2%), e para variável ROE (-39,9%) e (-11,2%). As Filantropias apresentaram a maior variação (ROA=> -134,6% e ROE=> -144,2%), seguidas por Autogestão e Cooperativa Médica (ROA=> -86,2% e ROE=> -91,6%) e (ROA=> -85,7% e ROE=> -87,4%) respectivamente. Em seguida, as Medicinas de Grupo com ROA=> -72,6% e ROE=> -72,3%.

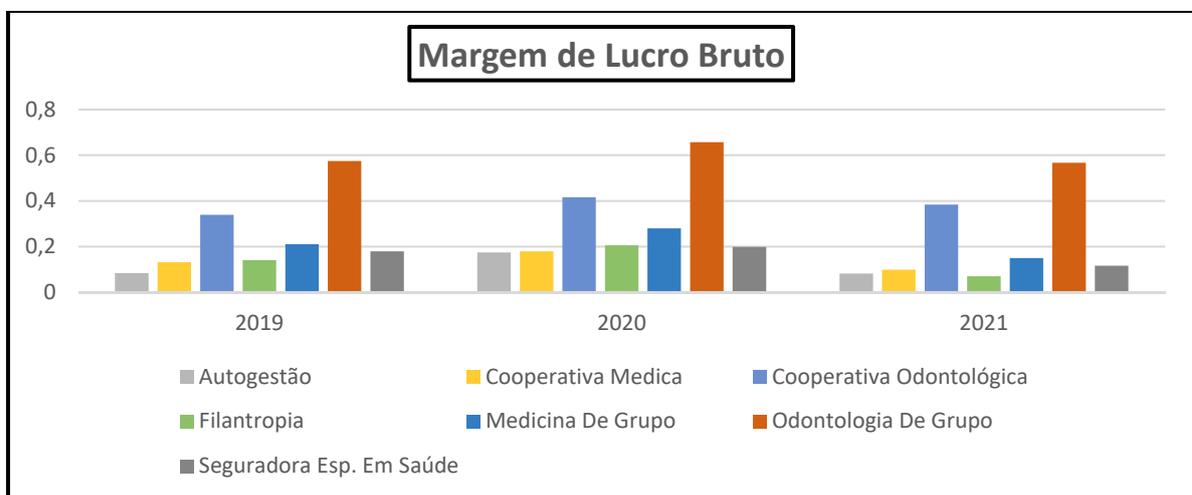


Figura 4. Comparativo da Média da Margem Bruta (MLB) por Modalidade- Ano 2019 a 2021

Nota. Elaborada pelo autor.

Conforme apresentado na Figura 4, pode-se destacar que a variável de rentabilidade Margem de Lucro Bruto (MLB) apresentou um aumento significativo no ano de 2020 para todas as modalidades de operadoras, e uma redução para o ano de 2021.

Destaca-se também que, diante desse cenário, as Cooperativas Odontológicas e Odontologia de Grupo foram as OPS que melhor apresentaram uma margem bruta em 2020. Porém, quando comparadas com o ano de 2019, evidencia-se que todas as modalidades de OPS obtiveram variações medianas acima de 100%, mas no ano de 2021, a redução ocorre também para todas as modalidades, fato similar ocorrido com as variáveis ROA e ROE.

Para o ano de 2021, a Autogestão e Filantropias apresentaram as maiores variações negativas (-52,9%) e (-66,0%), seguidas por Medicinas de Grupo (-46,4%) e Cooperativas Médicas (-44,7%). A variável de rentabilidade MLL, observada na Tabela 44, apresenta a mesma oscilação demonstrada na variável MLB, com destaque para a maior redução do ano de 2021 para as Filantropias (-110,3%), as Cooperativas Médicas (-87,7%) e Medicina de Grupo (-76,6%).

As Cooperativas Odontológicas e as Odontologias de Grupo, apesar de verificarem também reduções das variáveis MLB e MLL, foram as modalidades que sofreram o menor impacto da Covid-19 em seus desempenhos financeiros.

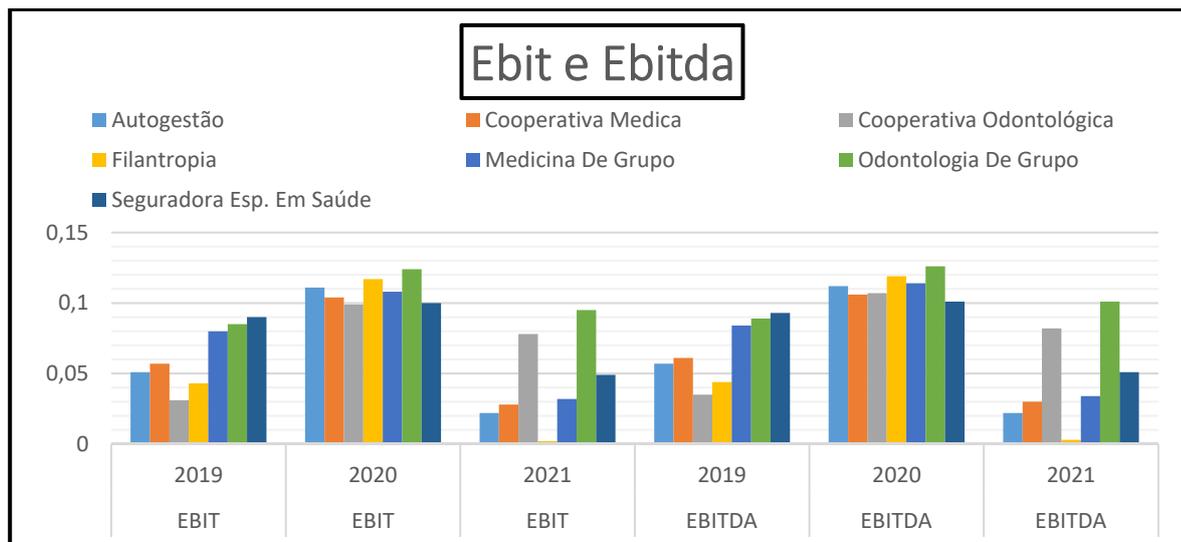


Figura 5. Comparativo da Mediana EBIT e EBITDA por Modalidade- Ano 2019 a 2021
 Nota. Elaborada pelo autor.

Dando continuidade às variáveis de Rentabilidade, pode-se observar, na Figura 5, que as variáveis EBIT e EBITDA apresentaram um aumento significativo no ano de 2020 para todas as modalidades de operadoras, e uma redução para o ano de 2021. Destaca-se, também, que diante desse cenário, todas as modalidades apresentaram uma variação de rentabilidade positiva em 2020 e variações negativas em 2021.

No ano de 2020, a Cooperativa Odontológica e as Filantropias apresentaram as maiores variações positivas na variável EBIT e EBITDA (219,4% / 205,7%) e (172,1% / 170,5%) respectivamente, seguidas por Autogestão (117,6% / 96,5%) e Cooperativas Médicas (82,5% / 73,8%). E, por fim, a Odontologia de Grupo apresenta as variações (45,9% / 41,6%), as Medicinas de Grupo (35,0% / 35,7%) e as Seguradoras especializadas (11,1% / 8,6%).

Para o ano de 2021, com a redução identificada no teste, as modalidades que sofreram mais variações negativas foram: Filantropias (-98,3% / -97,5%), as Autogestões (-80,2% / -80,4%) e as Cooperativas Médicas (-73,1% / -71,7%), seguidas por Medicinas de Grupo (-70,4% / -70,2%), Seguradoras Especializadas (-51,0% / -49,5%), e, por fim, as Odontologias de Grupo (-23,4% / -19,8%) e Cooperativa Odontológica (-21,2% / -23,4%).

Novamente pode-se destacar que as Odontologias de Grupo e as Cooperativas Odontológicas apresentaram a menor variação de queda nas variáveis EBIT e EBITDA.

Dando sequência ao teste de *Kruskal-Wallis*, a Tabela 49 demonstra o resultado do teste para as variáveis de Endividamento por modalidade de operadora ao longo dos 3 anos estudados. Com base nessa tabela, foi identificado que, no ano de 2019, todas as variáveis ENDIV, CE e CTCP apresentaram um p-valor inferior ao nível de significância de 5% (p-valor <0,05), denotando que tais indicadores se comportaram de maneira diferente no ano de pré-pandemia. Para os anos de 2020 e 2021, as variáveis apresentam um p-valor superior ao nível de significância de 5% (p-valor >0,05), que denota a não rejeição da hipótese nula (H0).

Tabela 49
Teste de Kruskal-Wallis para indicadores de Endividamento por modalidade de operadora

| Indicador (Variável) | Modalidade | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|----------------------|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | Mediana | p-valor | Mediana | p-valor | Mediana | p-valor |
| ENDIV | Autogestão | 1.921 | | 0.957 | | 0.869 | |
| | Cooperativa Médica | 1.295 | | 0.985 | | 1.198 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.857 | | 0.836 | | 0.877 | |
| | Filantropia | 0.450 | 0.01699 | 0.528 | 0.1179 | 0.665 | 0.05163 |
| | Medicina de Grupo | 0.979 | | 0.845 | | 0.816 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.752 | | 0.629 | | 0.730 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.814 | | 0.893 | | 0.864 | |
| CE | Autogestão | 0.835 | | 0.729 | | 0.757 | |
| | Cooperativa Médica | 0.676 | | 0.674 | | 0.673 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.747 | | 0.65 | | 0.549 | |
| | Filantropia | 0.839 | 0.01594 | 0.68 | 0.1478 | 0.653 | 0.1219 |
| | Medicina de Grupo | 0.827 | | 0.806 | | 0.776 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.797 | | 0.764 | | 0.747 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.654 | | 0.684 | | 0.713 | |
| CTCP | Autogestão | 0.165 | | 0.271 | | 0.243 | |
| | Cooperativa Médica | 0.324 | | 0.326 | | 0.327 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.253 | | 0.350 | | 0.451 | |
| | Filantropia | 0.161 | 0.01594 | 0.320 | 0.1478 | 0.347 | 0.1219 |
| | Medicina de Grupo | 0.173 | | 0.194 | | 0.224 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.203 | | 0.236 | | 0.253 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.346 | | 0.316 | | 0.287 | |

Nota. Índice de Endividamento (ENDIV); Composição do Endividamento (CE); Capital de Terceiros a Curto Prazo (CTCP). Elaborada pelo autor.

A Tabela 50 a seguir demonstra os testes de *Kruskal-Wallis* para as variáveis Específicas de Saúde Suplementar por modalidade de operadora ao longo dos 3 anos estudados. Com base na tabela, foi identificado que, nesses períodos, as variáveis DM, DC e DA apresentaram um p-valor inferior ao nível de significância de 5% (p-valor <0,05), denotando que tais indicadores se comportaram de maneira diferente ao longo dos últimos 3 anos. Para o ano de 2021, além das variáveis DM, DC e DA, o COMB e o COMBA apresentaram um p-valor inferior ao nível de significância de 5% (p-valor <0,05). Ainda em 2021, as variáveis DOP e IRF apresentaram um p-valor superior ao nível de significância de 5% (p-valor >0,05), que denota a não rejeição da hipótese nula (H0).

Tabela 50
Teste de Kruskal-Wallis para indicadores Específicos da Saúde Suplementar por modalidade de operadora

| Indicador (Variável) | Modalidade | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|-------------------------|--------------------------|---------|---------|---------|----------|---------|----------|
| | | Mediana | p-valor | Mediana | p-valor | Mediana | p-valor |
| DOP | Autogestão | 0.972 | | 0.877 | | 0.967 | |
| | Cooperativa Médica | 0.978 | | 0.895 | | 0.986 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.997 | | 0.928 | | 0.937 | |
| | Filantropia | 0.931 | 0.01918 | 0.861 | 0.4373 | 0.976 | 0.09284 |
| | Medicina de Grupo | 0.944 | | 0.904 | | 0.985 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.914 | | 0.887 | | 0.929 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.940 | | 0.926 | | 1.000 | |
| IRF | Autogestão | 0.017 | | 0.008 | | 0.020 | |
| | Cooperativa Médica | 0.009 | | 0.002 | | 0.008 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.005 | | -0.005 | | -0.001 | |
| | Filantropia | 0.025 | 0.1021 | 0.016 | 7,17E+00 | 0.019 | 0.08131 |
| | Medicina de Grupo | 0.012 | | 0.003 | | 0.012 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.007 | | -0.002 | | 0.007 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.026 | | 0.024 | | 0.022 | |
| DM | Autogestão | 0.882 | | 0.77 | | 0.904 | |
| | Cooperativa Médica | 0.834 | | 0.771 | | 0.865 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.660 | | 0.582 | | 0.616 | |
| | Filantropia | 0.781 | 0.000 | 0.725 | 1,13E-05 | 0.854 | 3,19E-05 |
| | Medicina de Grupo | 0.763 | | 0.702 | | 0.816 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.407 | | 0.326 | | 0.401 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.799 | | 0.776 | | 0.859 | |
| DC | Autogestão | 0.000 | | 0.000 | | 0.000 | |
| | Cooperativa Médica | 0.006 | | 0.006 | | 0.007 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.026 | | 0.027 | | 0.024 | |
| | Filantropia | 0.021 | 0.000 | 0.032 | 0.000 | 0.021 | 0.000 |
| | Medicina de Grupo | 0.034 | | 0.038 | | 0.035 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.132 | | 0.100 | | 0.110 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.064 | | 0.067 | | 0.073 | |
| DA | Autogestão | 0.065 | | 0.062 | | 0.061 | |
| | Cooperativa Médica | 0.091 | | 0.09 | | 0.086 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.286 | | 0.294 | | 0.293 | |
| | Filantropia | 0.109 | 0.000 | 0.083 | 0.000 | 0.079 | 1,03E-05 |
| | Medicina de Grupo | 0.118 | | 0.115 | | 0.121 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.335 | | 0.286 | | 0.292 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.09 | | 0.087 | | 0.091 | |
| COMB | Autogestão | 0.939 | | 0.825 | | 0.957 | |
| | Cooperativa Médica | 0.943 | | 0.878 | | 0.964 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.977 | | 0.904 | | 0.914 | |
| | Filantropia | 0.911 | 0.05135 | 0.84 | 0.3141 | 0.954 | 8,65E+00 |
| | Medicina de Grupo | 0.924 | | 0.881 | | 0.973 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.888 | | 0.76 | | 0.787 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.925 | | 0.904 | | 0.978 | |
| COMBA | Autogestão | 0.925 | | 0.818 | | 0.938 | |
| | Cooperativa Médica | 0.939 | | 0.878 | | 0.96 | |
| | Cooperativa Odontológica | 0.973 | | 0.9 | | 0.922 | |
| | Filantropia | 0.888 | 0.04591 | 0.827 | 0.7617 | 0.936 | 0.04130 |
| | Medicina de Grupo | 0.906 | | 0.881 | | 0.957 | |
| | Odontologia de Grupo | 0.871 | | 0.796 | | 0.78 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.912 | | 0.898 | | 0.952 | |

Nota. Percentual de Despesas Operacionais em relação às Receitas Operacionais (DOP); Índice de Resultado Financeiro (IRF); Despesas Médicas (ou Sinistralidade) (DM); Índice de Despesa de Comercialização (DC); Índice de Despesa Administrativa (DA); Índice Combinado (COMB); Índice Combinado Ajustado (COMBA). Elaborada pelo autor.

Diante desse cenário, e observada a Figura 6 abaixo, destaca-se que todas as OPS tiveram aumento de sua sinistralidade no ano de 2021 quando comparado com 2020: a Autogestão (17,4%), Cooperativa Médica (12,2%), Cooperativa Odontológica (5,8%), Filantropia (17,8%), Medicina de Grupo (16,2%), Odontologia de Grupo (23,0%) e Seguradora Especializada em Saúde (10,7%).

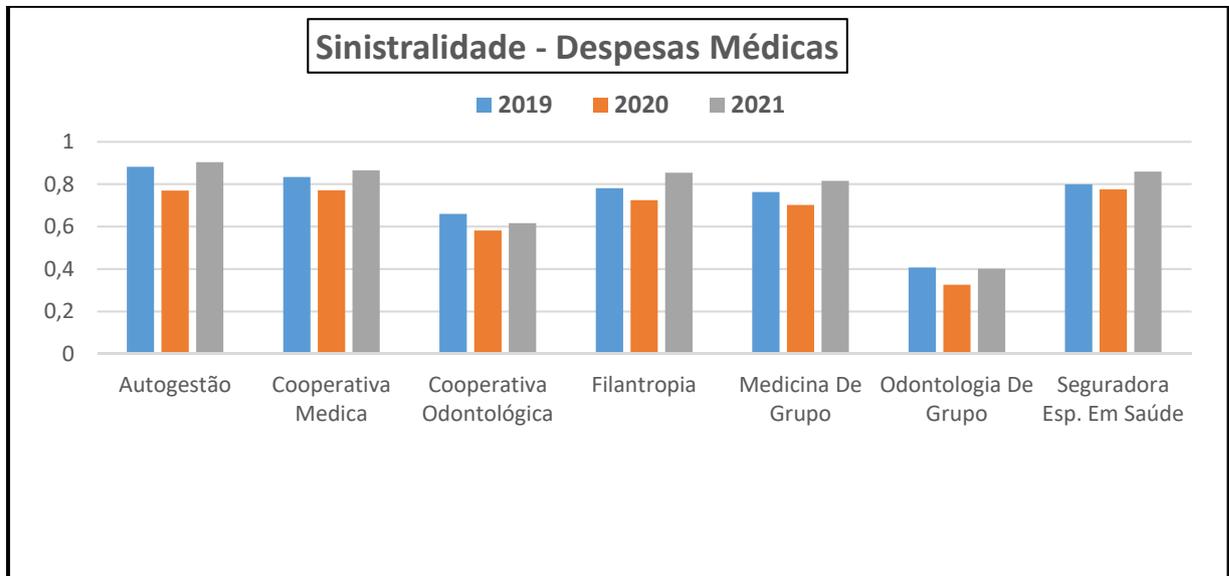


Figura 6. Comparativo da Mediana de Sinistralidade (Despesa Médica) por Modalidade - Ano 2019 a 2021

Nota. Elaborada pelo autor.

As Despesas de Comercialização são compostas por todos os dispêndios realizados no intuito de comercializar um contrato de plano de saúde com os seus clientes (beneficiários). Observa-se que em 2020 as Filantropias e Medicina de Grupo aumentaram as suas despesas de comercialização quando comparado com 2019, respectivamente em (52,4%) e (11,8%), enquanto em 2020 e 2021 as Cooperativas Médicas e Odontologia de Grupo aumentaram as suas despesas de comercialização em (16,7%) e (10,0%) respectivamente, e em seguida as Seguradoras Especializadas em Saúde apresentaram um aumento de 9,0%. Observa-se que a Autogestão é uma modalidade na qual não houve despesa de comercialização, portanto o seu grupo de conta contábil é zerado, ou seja, não consta informação.

O aumento da despesa de comercialização para as OPS demonstra que, mesmo durante a crise econômica vivida no país, impulsionada pela Covid-19, essas OPS foram capazes de aumentar a sua carteira com novas vendas.

Conforme divulgado pela ANS, o aumento de planos médico-hospitalares no ano de 2021 foi equivalente a 3,18%, o que representa um incremento de 1.508.134 beneficiários, enquanto os planos odontológicos tiveram aumento de 9,61%, o que representa um incremento de 2.563.104 beneficiários (ANS, 2022).

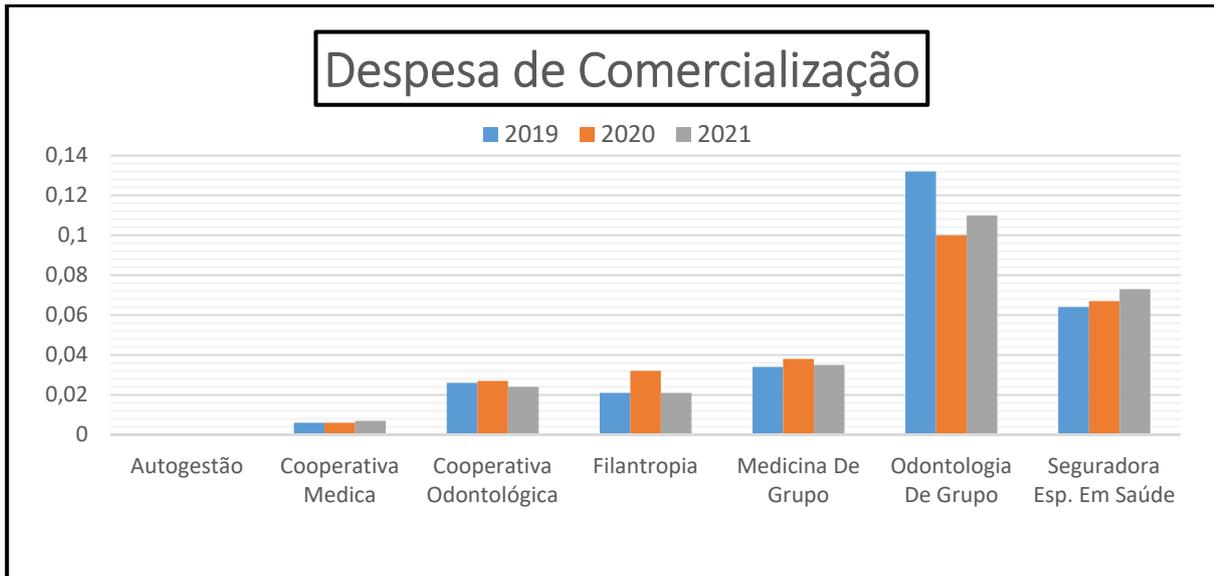


Figura 7. Comparativo da Mediana de Despesa de Comercialização por Modalidade- Ano 2019 a 2021

Nota. Elaborada pelo autor.

Conforme demonstrado na Figura 8, as OPS, durante esses 3 últimos anos de análises, demonstraram que a variável Despesa Administrativa (DA) foi constante, ou seja, sem grandes variações, tanto positiva quanto negativamente. Observa-se que as Odontologias de Grupo tiveram uma redução de (-14,6%) entre os anos de 2019 e 2020, e as Filantropias, para o mesmo período, (-23,9%), enquanto as Cooperativas Odontológicas aumentaram suas despesas em 2,8%.

As Filantropias e Cooperativas Médicas continuaram com as suas reduções para o ano de 2021, respectivamente em (-4,8%) e (-4,4%), enquanto as Medicinas de Grupo, Seguradoras Especializadas em Saúde e Odontologia de Grupo aumentaram as suas despesas administrativas em (5,2%), (4,6%) e (2,1%) respectivamente.

É importante destacar que as Despesas Administrativas são compostas por Despesas com Pessoal, Despesas com Serviços de Terceiros, Despesas com Localização e Funcionamento, Despesas com Publicidade e Propaganda, Despesas com Tributos e Despesas Administrativas Diversas, conforme plano de contas padrão da ANS.

Dessa forma, é notório que, apesar de todo momento conturbado da pandemia, algumas OPS conseguiram reduzir, e outras mantiveram as suas despesas administrativas.

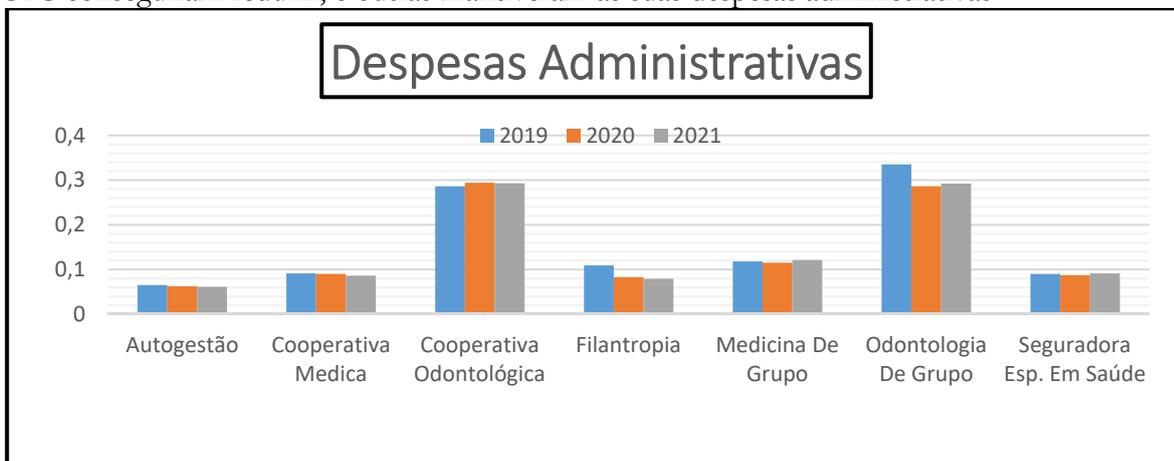


Figura 8. Comparativo da Mediana de Despesa Administrativa por Modalidade- Ano 2019 a 2021

Nota. Elaborada pelo autor.

Para as demais variáveis relacionadas aos indicadores Específicos da Saúde Suplementar, temos ainda Despesa Operacional (DOP), Índice de Receita Financeira (IRF), COMB e COMBA.

Vale lembrar que a variável DOP é o percentual de despesas operacionais em relação às receitas operacionais, sendo as despesas de ordem administrativas, de comercialização, médicas e outras, enquanto a receita é formada por contraprestações efetivas e outras.

Com base na Tabela 50, referente ao teste de *Kruskal-Wallis* dos indicadores Específicos da Saúde Suplementar, observa-se que a Autogestão e as Cooperativas Médicas foram as modalidades que mais conseguiram reduzir suas despesas operacionais entre 2019 e 2020, respectivamente em (-9,8%) e (-8,5%). Para o ano de 2021, as Despesas Operacionais aumentaram para todas as modalidades, sendo que as Filantropias apresentaram um aumento de 13,4%, seguidas das Autogestões e Cooperativas Médicas, com aumentos respectivamente em (10,3%) e (10,2%), logo em seguida aparecem Medicinas de Grupo com (9,0%) e Seguradoras Especializadas em Saúde com (8%).

Conforme a Tabela 50, observa-se que esse indicador é muito afetado pela Despesa Médica, e sua oscilação durante os anos é explicada pela variação dessas despesas, uma redução no ano de 2020 e um aumento no ano de 2021. As explicações para Despesa Médica podem ser vistas na Figura 6 desta seção.

Outro ponto a analisar é que as modalidades Cooperativas Médicas, Filantropias, Medicinas de Grupo, Odontologias de Grupo e Seguradoras Especializadas em Saúde, além de apresentarem um aumento em 2021, observa-se que a mediana apresentada foi maior do que o ano de 2019, demonstrando que elas incrementaram suas despesas em relação ao período pré-pandemia, sem crise sanitária e econômica.

Tabela 51
Teste de Kruskal-Wallis para indicadores de Liquidez por modalidade de operadora

| Indicador (Variável) | Modalidade | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|-------------------------|--------------------------|---------|----------|---------|----------|---------|---------|
| | | Mediana | p-valor | Mediana | p-valor | Mediana | p-valor |
| LI | Autogestão | 0.791 | | 1.899 | | 2.249 | |
| | Cooperativa Médica | 1.102 | | 1.239 | | 1.131 | |
| | Cooperativa Odontológica | 1.209 | | 2.317 | | 1.534 | |
| | Filantropia | 1.802 | 0.2083 | 1.649 | 0.01978 | 1.013 | 0.4999 |
| | Medicina de Grupo | 1.349 | | 1.223 | | 1.096 | |
| | Odontologia de Grupo | 1.417 | | 1.862 | | 1.275 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 0.859 | | 0.761 | | 0.691 | |
| LG | Autogestão | 1.522 | | 2.053 | | 2.151 | |
| | Cooperativa Médica | 1.760 | | 1.981 | | 1.825 | |
| | Cooperativa Odontológica | 2.366 | | 2.574 | | 2.140 | |
| | Filantropia | 3.538 | 9,64E+00 | 2.898 | 0.05339 | 2.631 | 0.01639 |
| | Medicina de Grupo | 2.053 | | 2.183 | | 2.244 | |
| | Odontologia de Grupo | 2.330 | | 2.635 | | 2.369 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 2.228 | | 2.120 | | 2.157 | |
| LC | Autogestão | 1.394 | | 2.181 | | 2.253 | |
| | Cooperativa Médica | 1.584 | | 1.744 | | 1.594 | |
| | Cooperativa Odontológica | 2.534 | | 3.434 | | 2.913 | |
| | Filantropia | 2.403 | 0.01088 | 2.372 | 6,37E+00 | 1.634 | 0.03370 |
| | Medicina de Grupo | 1.684 | | 1.746 | | 1.514 | |
| | Odontologia de Grupo | 2.265 | | 2.398 | | 2.072 | |
| | Seguradora Esp. Em Saúde | 1.100 | | 1.285 | | 1.316 | |

Nota. Liquidez Imediata (LI); Liquidez Geral (LG); Liquidez Corrente (LC). Elaborada pelo autor.

A Tabela 51 demonstra os testes de *Kruskal-Wallis* para as variáveis de Liquidez por modalidade de operadora ao longo dos 3 anos estudados. Com base na tabela, foi identificado que as variáveis LC e LG apresentaram um p-valor inferior ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$), denotando que tais indicadores se comportaram de maneira diferente ao longo dos últimos 3 anos, enquanto a variável LI apresentou um p-valor superior ao nível de significância de 5% ($p > 0,05$).

Para os indicadores de liquidez, é importante destacar que a ANS, como controladora de solvência do mercado de saúde suplementar, estabelece a necessidade de aplicações em ativos financeiros para fazer frente às garantias das provisões obrigatoriamente constituídas, bem como determina a capacidade de pagamento frente as suas obrigações.

Para o ano de 2021, as modalidades que tiveram redução em sua capacidade financeira de arcar com seus compromissos financeiros imediatos foram: as Filantropias (-38,6%) e Cooperativas Odontológicas (-33,8%), seguidas por Odontologias de Grupo (-31,5%), enquanto as demais modalidades sofreram reduções abaixo de 20%, com exceção das Autogestões, que tiveram aumento de liquidez imediata em 18,4%. Na liquidez geral, as modalidades que sofreram uma maior variação foram as Cooperativas Odontológicas (-16,9%) e as Odontologias de Grupo (-10,1%), seguidas por Filantropias (-9,2%) e Cooperativas Médicas (-7,9%), enquanto as demais modalidades, as Autogestões, as Medicinas de Grupo e as Seguradoras Especializadas, tiveram variações positivas em sua liquidez geral em (4,8%), (2,8%) e (1,7%) respectivamente. Por fim, na liquidez corrente, as modalidades que sofreram grandes reduções foram: as Filantropias (-31,1%), as Cooperativas Odontológicas (-15,2%), seguidas das Odontologias de Grupo (-13,6%), as Medicinas de Grupo (13,3%) e as Cooperativas Médicas (-8,6%). As Autogestões e as Seguradoras Especializadas tiveram um aumento da liquidez corrente em (3,3%) e (2,4) respectivamente.

4.2 Análise qualitativa

4.2.1 Análise documental das demonstrações financeiras

Esta etapa de análise qualitativa tem por objetivo identificar como os fatos de maior relevância ocorridos nos períodos de 2019, 2020 e 2021 foram divulgadas pelas operadoras, e como o estudo tem o foco na teoria da regulação estatal, ou seja, a teoria do interesse público, pode-se destacar a motivação do órgão regulador em estabelecer normas específicas para ajudar as operadoras a enfrentar o período pandêmico através de uma flexibilização financeira. Segundo Barbosa (2014), essa teoria visa atingir o bem-estar geral da sociedade por meio de regulamentos criados com o objetivo de anular os desequilíbrios da relação entre o mercado e o consumidor.

Uma outra teoria que ajuda a entender a análise qualitativa é a teoria da divulgação. O estudo foca na divulgação baseada em julgamento, que, de acordo com Verrechia (2001), baseia-se na forma com que os administradores e/ou empresas exercem as escolhas das informações que serão evidenciadas. A divulgação de informações é uma ferramenta importante para análise e acompanhamento do público externo, pois é um dos fatores determinantes para evitar a falha de mercado (assimetria da informação), e no setor de saúde suplementar, as informações dos principais agentes são fundamentais para o entendimento e funcionalidade do setor.

Para Delgado e Campos (2012), é importante identificar se houve, na relação da comunicação, o equilíbrio de conteúdo informacional, ou seja, se uma das partes contratantes possui mais informações sobre o bem ou serviço do que a outra. Ainda para Delgado e Campos (2012), a assimetria de informação possui a característica de afetar seriamente o setor de saúde suplementar, pois possui efeitos que diminuem a eficiência econômica e o bem-estar social.

Como é possível notar, um ponto central nesta redução da assimetria da informação é o papel desempenhado pela agência reguladora. Além de estabelecer os padrões mínimos de evidenciação das informações contábil-financeiras, a ANS garante a qualidade da divulgação de dados assistenciais aos beneficiários de planos de saúde. Somado a importância do papel do

regulador, está o interesse dos agentes (gestores das operadoras) em ter a capacidade de divulgar os fatos mais relevantes de maneira clara e eficiente para o público em geral. Para Salotti e Yamamoto (2007), a divulgação é movida pelo interesse ou incentivo que os gestores ou empresas têm para realizar a devida informação.

A análise documental está baseada na evidenciação de 6 (seis) palavras-chave, são elas: Covid-19, Normas Prudenciais da ANS, Sinistralidade, Telemedicina, Saúde Mental e Inflação Médica. A primeira expressão para análise é Covid-19. Devido à grande relevância que essa pandemia teve para o mercado de saúde suplementar, buscamos as evidências das OPS quanto a esse assunto.

Os efeitos econômicos da Covid-19 estendem-se a todos os setores da sociedade, devido aos seus impactos generalizados, e podem-se destacar alguns que afetam o mercado de saúde suplementar, como a queda dos investimentos, reduzindo a demanda de bens e serviços, e a desvalorização do real, que afetam diretamente as empresas que dependem de importação de insumos.

Com esses e outros efeitos no cenário econômico brasileiro, houve consequências negativas no PIB. Segundo o site da agência IBGE notícias, o PIB brasileiro em 2020 caiu 4,1% frente ao ano de 2019, a menor taxa da série histórica, iniciada em 1996. Para as atividades de serviços, especialmente para saúde a queda foi de 4,7%, no ano de 2021 o PIB cresceu 4,6%.

Na Tabela 52, vê-se que o nome Covid-19 começou a ser divulgada no ano de 2019 em 16 operadoras, sendo 7 em Medicina de Grupo e 4 em Odontologia de Grupo, e pode-se destacar que mesmo a pandemia sendo iniciada em meados de março de 2020, essas operadoras utilizaram as suas notas explicativas de eventos subsequentes, bem como o Relatório de Administração, para expressar a sua preocupação com o momento. Durante o período de pandemia (2020), a quantidade de evidenciação sobre Covid-19 aumentou significativamente para 80 OPS, representando 82%, e mesmo sendo um impacto relevante na atividade exercida, observa-se que 17 operadoras não fizeram comentários a respeito do assunto, o que representa 18%. No ano de 2021, a divulgação permaneceu em 76 operadoras (79%), mas 20 operadoras continuaram não informando sobre a Covid-19, o que representa 21% das OPS analisadas.

Tabela 52
Análise Documental – Palavra-chave: COVID

| Modalidades | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|--------------------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | Informado | Não Informado | Informado | Não Informado | Informado | Não Informado |
| Autogestão | 1 | 2 | 4 | 0 | 4 | 0 |
| Cooperativa Médica | 2 | 34 | 33 | 4 | 34 | 3 |
| Cooperativa Odontológica | 0 | 6 | 2 | 4 | 2 | 4 |
| Filantropia | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| Medicina de Grupo | 7 | 22 | 25 | 6 | 23 | 7 |
| Odontologia de Grupo | 4 | 8 | 9 | 3 | 7 | 5 |
| Seguradora Esp em Saúde | 1 | 4 | 5 | 0 | 4 | 1 |
| Total | 16 | 77 | 80 | 17 | 76 | 20 |
| Amostra | 93 | | 97 | | 96 | |
| % Percentual | 17% | 83% | 82% | 18% | 79% | 21% |

Nota. Elaborada pelo autor a partir dos resultados de pesquisa.

Outras palavras-chave pesquisadas (ou expressão) foram Normas Prudenciais. Durante o período de pandemia, a ANS implementou algumas medidas de flexibilização quanto à constituição de suas provisões técnicas e a liberação de recursos dos seus ativos garantidores. A expectativa de recursos estimada foi de 15 bilhões, como forma de conferir às operadoras maior flexibilidade de recursos para o enfrentamento da crise econômica e sanitária, evitando que a assistência à saúde dos beneficiários fosse colocada em risco.

Essa medida é um exemplo da teoria do poder público, no qual o órgão regulador exerce o seu poder de intervir no mercado através de normas e resoluções, com o intuito de assegurar os serviços de saúde suplementar para todos os beneficiários.

Apesar da medida proposta e a relevância de valores estimados, foi identificada apenas em 1 (uma) operadora de Medicina de Grupo no ano de 2020 a existência de informações das Normas Prudenciais em sua demonstração financeira, conforme demonstrado na Tabela 53.

Vale destacar que o fato de não constarem comentários a respeito das Normas Prudenciais impossibilita mencionar quais OPS aderiram ao programa de flexibilização proposto pela ANS.

Tabela 53

Análise Documental – Palavras-chave: Normas Prudenciais / Medidas de Flexibilização

| Modalidades | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|--------------------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
| | Informado | Não Informado | Informado | Não Informado | Informado | Não Informado |
| Autogestão | 0 | 3 | 0 | 4 | 0 | 4 |
| Cooperativa Médica | 0 | 36 | 0 | 37 | 0 | 37 |
| Cooperativa Odontológica | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 6 |
| Filantropia | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Medicina de Grupo | 0 | 29 | 1 | 30 | 0 | 30 |
| Odontologia de Grupo | 0 | 12 | 0 | 12 | 0 | 12 |
| Seguradora Esp em Saúde | 0 | 5 | 0 | 5 | 0 | 5 |
| Total | 0 | 93 | 1 | 96 | 0 | 96 |
| Amostra | 93 | | 97 | | 96 | |
| % Percentual | 0% | 100% | 1% | 99% | 0% | 100% |

Nota. Elaborada pelo autor a partir dos resultados de pesquisa.

A Tabela 54 traz dados sobre a palavra-chave sinistralidade, pesquisada nos demonstrativos do período em estudo nesta dissertação. A sinistralidade ou despesa médica é o indicador mais utilizado no mercado de saúde suplementar e, conforme verificado nos testes de estatística descritiva das modalidades de operadoras, ela sofreu grandes impactos durante o período de pandemia 2020 e 2021, e mesmo sendo de alta relevância na análise do mercado, cerca de 39% e 38% das grandes OPS não se preocuparam em esclarecer a evolução desse indicador em suas demonstrações financeiras de 2020 e 2021, respectivamente.

Os custos assistenciais no ano de 2021 aumentaram significativamente. O setor atingiu 85,62%, quase 10 pontos percentuais maior do que em 2020. A grande explicação para esse aumento na taxa de sinistralidade está associada ao represamento de consultas e exames eletivos em 2020 e ocorridos em 2021 (ANS, 2022).

Tabela 54
Análise Documental – Palavra-chave: Sinistralidade

| Modalidades | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|--------------------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | Informado | Não Informado | Informado | Não Informado | Informado | Não Informado |
| Autogestão | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 |
| Cooperativa Médica | 19 | 17 | 24 | 13 | 24 | 13 |
| Cooperativa Odontológica | 1 | 5 | 1 | 5 | 1 | 5 |
| Filantropia | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| Medicina de Grupo | 18 | 11 | 20 | 11 | 18 | 12 |
| Odontologia de Grupo | 4 | 8 | 5 | 7 | 7 | 5 |
| Seguradora Esp em Saúde | 5 | 0 | 5 | 0 | 5 | 0 |
| Total | 49 | 44 | 59 | 38 | 60 | 36 |
| Amostra | 93 | | 97 | | 96 | |
| % Percentual | 53% | 47% | 61% | 39% | 63% | 38% |

Nota. Elaborada pelo autor a partir dos resultados de pesquisa.

A telemedicina não é um assunto novo no Brasil. Essa tecnologia iniciou-se na década de 1990. Em 2018, o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução nº 2.227/18, definiu e disciplinou a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologia. Telemedicina é um dos termos utilizados no Tecnologia de Informação e Comunicação na saúde (TIC).

Para o mercado da saúde suplementar, a utilização da telemedicina pelas operadoras trouxe e traz benefícios, tais como: redução de custos, redução da fila de espera nos pronto-atendimentos, agilidade no atendimento para casos de alta complexidade, comodidade para os pacientes, redução de espaçamento nas agendas e possibilidade de inovação.

Segundo o portal de telemedicina (2021), o atendimento à distância já é uma opção utilizada pelos planos de saúde que visam levar comodidade a seus pacientes e se beneficiar das vantagens que ela entrega para as operadoras e seus prestadores.

A telemedicina ainda gera discussões e divide opiniões, a favor e contra, pela sua utilização, mas independentemente dessas opiniões, o fato é que entre os meses de abril de 2020 e novembro de 2021, período pandêmico de maior intensidade vivido pela humanidade, as teleconsultas no Brasil chegaram a 5,1 milhões, de acordo com a pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) e mencionando a aceitação dessa prática, tanto pela classe médica quanto pelos pacientes.

Mesmo diante de um momento de mudanças no atendimento dos seus beneficiários, observou-se que, no ano de 2020, 88 OPS analisadas não informaram dados sobre a telemedicina, apenas 21 OPS optaram em mencionar alguma informação. O cenário de 2021 mostra um pequeno aumento das OPS que divulgaram dados sobre o assunto, com um aumento de 4 OPS, quando comparado com 2020 (Tabela 55).

Tabela 55
Análise Documental – Palavra-chave: Telemedicina

| Modalidades | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|--------------------------|-----------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | Informado | Não Informado | Informado | Não Informado | Informado | Não Informado |
| Autogestão | 0 | 3 | 0 | 4 | 3 | 1 |
| Cooperativa Médica | 1 | 35 | 9 | 28 | 12 | 25 |
| Cooperativa Odontológica | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 6 |
| Filantropia | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| Medicina de Grupo | 3 | 26 | 9 | 22 | 7 | 23 |
| Odontologia de Grupo | 0 | 12 | 0 | 12 | 0 | 12 |
| Seguradora Esp em Saúde | 0 | 5 | 2 | 3 | 1 | 4 |
| Total | 5 | 88 | 21 | 76 | 25 | 71 |
| Amostra | 93 | | 97 | | 96 | |
| % Percentual | 5% | 95% | 22% | 78% | 26% | 74% |

Nota. Elaborada pelo autor a partir dos resultados de pesquisa.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), muitos problemas de saúde mental surgiram no Brasil, sobretudo em 2020, advindos do isolamento social, do medo em contrair a Covid-19, de traumas por perda de entes familiares e amigos, perda de trabalho e renda e outros fatores. Apesar do arrefecimento da pandemia, esse cenário não se alterou em 2021.

De acordo com o site do Ministério da Saúde (2020), o cenário provocado pela Covid-19 trouxe um grande desafio para a sociedade devido às novas formas de convívio e de trabalho. O Ministério da Saúde está atento à chamada quarta onda, relacionada ao aumento de casos de doenças mentais, incentivando ampliação da rede de assistência para garantir cuidado a todos.

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2020) sobre as informações da saúde mental dos brasileiros durante o período da Covid-19 revelou que a ansiedade é o transtorno mais presente no período, seguido do estresse e da depressão. Apesar de estar diante de um fato de extrema preocupação para a saúde da população brasileira, a Tabela 56 abaixo destaca que, durante os anos de 2020 e 2021, apenas 5 e 4 OPS, respectivamente, divulgaram alguma informação sobre a atenção à saúde mental, que representam 5% e 4% da análise realizada.

Tabela 56
Análise Documental – Palavras-chave: Saúde Mental/Cuidados com a Saúde

| Modalidades | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|--------------------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
| | Informado | Não Informado | Informado | Não Informado | Informado | Não Informado |
| Autogestão | 0 | 3 | 0 | 4 | 1 | 3 |
| Cooperativa Médica | 1 | 35 | 4 | 33 | 1 | 36 |
| Cooperativa Odontológica | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 6 |
| Filantropia | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Medicina de Grupo | 2 | 27 | 1 | 30 | 2 | 28 |
| Odontologia de Grupo | 0 | 12 | 0 | 12 | 0 | 12 |
| Seguradora Esp em Saúde | 0 | 5 | 0 | 5 | 0 | 5 |
| Total | 3 | 90 | 5 | 92 | 4 | 92 |
| Amostra | 93 | | 97 | | 96 | |
| % Percentual | 3% | 97% | 5% | 95% | 4% | 96% |

Nota. Elaborada pelo autor a partir dos resultados de pesquisa.

A inflação médica no mercado de saúde suplementar também é conhecida como VCMH, um indicador de variação de custos médico-hospitalares das OPS, que compara dois períodos consecutivos de 12 meses. Esse indicador considera a frequência de utilização e a variação dos preços de serviços como consultas, exames, cirurgias, tratamentos e internações.

Conforme dados do IESS (2020), a variação do custo médico-hospitalar observado nos planos individuais atingiu 12,5% em março de 2020, enquanto o IPCA/IBGE para o mesmo período foi de 3,3%, apresentando, assim, um decréscimo real de 9,2% ante os 11,9% referentes a março de 2019. Em dados mais recentes, para o período de setembro de 2020 a setembro de 2021, a variação do custo médico-hospitalar atingiu 27,7%, enquanto a inflação de 2021 foi de 10,06%, demonstrando uma elevação dos custos assistenciais para as OPS.

Com as variações ocorridas nos anos de 2020 e 2021, demonstra-se a importância desse indicador no desempenho financeiro das OPS, e de acordo com as análises realizadas nas demonstrações financeiras do mesmo período, observa-se que 18% e 19% das OPS fizeram algum comentário sobre a inflação médica, dando ênfase ao impacto de suas variações em seus custos assistenciais, conforme pode-se observar na Tabela 57 a seguir.

Tabela 57
Análise Documental – Palavras-chave: Inflação Médica

| Modalidades | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|--------------------------|-----------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | Informado | Não Informado | Informado | Não Informado | Informado | Não Informado |
| Autogestão | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| Cooperativa Médica | 3 | 33 | 13 | 24 | 12 | 25 |
| Cooperativa Odontológica | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 6 |
| Filantropia | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Medicina de Grupo | 4 | 25 | 3 | 28 | 4 | 26 |
| Odontologia de Grupo | 0 | 12 | 0 | 12 | 0 | 12 |
| Seguradora Esp em Saúde | 0 | 5 | 0 | 5 | 0 | 5 |
| Total | 8 | 85 | 17 | 80 | 18 | 78 |
| Amostra | 93 | | 97 | | 96 | |
| % Percentual | 9% | 91% | 18% | 82% | 19% | 81% |

Nota. Elaborada pelo autor a partir dos resultados de pesquisa.

Outra etapa realizada na análise documental está na análise mais detalhadas das palavras-chave nas demonstrações financeiras das 10 (dez) OPS com maior faturamento no ano de 2021, devido à relevância dessas OPS no mercado de saúde suplementar, por apresentarem um grande número de beneficiários e, conseqüentemente, gerarem um grande volume de serviços de prestação de saúde. O intuito dessa análise foi evidenciar a forma com que essas OPS divulgaram as informações alvos deste estudo em suas demonstrações financeiras, de maneira a verificar o nível de divulgação.

Para a análise de evidenciação de informações, foram criadas tabelas anuais (Tabelas 58, 59 e 60), cuja intenção foi destacar quais palavras-chave foram divulgadas por cada operadora, e selecionaram-se alguns exemplos de informações para melhor visualização. Para o ano de 2019, destacaram-se as palavras-chave: Covid-19 e Saúde Mental, dentre outras; em seguida, para o ano de 2020: Normas Prudenciais e Telemedicina, dentre outras; por fim, para 2021, destacaram-se: Sinistralidade e Inflação Médica, dentre outras.

Tabela 58
Evidências das Palavras-chave no ano de 2019

| COVID | NORMAS PRUDENCIAIS | SINISTRALIDADE | TELEMEDICINA | SAÚDE MENTAL | INFLAÇÃO MÉDICA |
|----------------|--------------------|----------------|----------------|--------------|-----------------|
| Amil | | Bradesco | Hapvida | Amil | Notre Dame |
| Hapvida | | Sul América | Prevent Sênior | GEAP | CNU |
| Prevent Sênior | | Notre Dame | | | Hapvida |
| | | CNU | | | |
| | | Hapvida | | | |
| | | Unimed RJ | | | |
| | | Unimed BH | | | |

Nota. Elaborada pelo autor.

Um ponto a se destacar nessa evidenciação no ano de 2019 é o fato de que o início da pandemia mundial foi declarado pela OMS em meados de março de 2020, mas três OPS utilizaram essa informação em suas demonstrações financeiras de 2019, divulgando-a em seus relatórios de administração ou em notas explicativas de Eventos Subsequentes. Vale destacar que, de acordo com o CPC 24, o evento subsequente é o que ocorre entre a data final do período a que se referem as demonstrações financeiras e a data na qual é autorizada a emissão dessas demonstrações financeiras. O evento pode ser favorável ou desfavorável.

A divulgação dessas operadoras em relação a um fato relevante, como a Covid-19, estabelece, conforme visto na teoria da divulgação baseada em julgamento, que as operadoras exerceram a escolha dessa informação de maneira antecipada.

As OPS de grande porte, conforme determinação da ANS, podem divulgar as demonstrações financeiras até o dia 31/03 do ano subsequente ao período de encerramento de exercício da operadora; entenda-se exercício como o ano fiscal, que compreende de 01/01 até 31/12.

As operadoras Amil, Hapvida e Prevent Sênior mencionaram os desafios que o impacto da Covid-19 proporcionaria no ano de 2020 ao mercado de saúde suplementar, e todas afirmaram que estavam empenhadas e monitorando todos os possíveis desdobramentos, para que o atendimento aos seus beneficiários não fosse afetado. A Prevent Sênior destacou também que, no ano de 2019, a Covid não teve impacto em suas demonstrações financeiras, e não impactaria os anos pós crise. Essa informação é conflitante com os resultados obtidos no estudo, pois eles evidenciaram que o mercado sofreu o impacto da Covid-19 nos anos de 2020 e 2021.

Abaixo, destacam-se trechos dos relatórios de administração e notas explicativas das operadoras:

Iniciamos 2020 acreditando na aceleração do crescimento da economia brasileira. No entanto, com o agravamento da COVID-19 e conseqüente impacto das políticas de contenção desta epidemia no ritmo das atividades e negócios no país, a expectativa é de mais um ano de desafios. Neste momento atípico, a Companhia está, mais do que nunca, empenhada em manter suas operações de assistência à saúde, contribuindo assim para que o sistema de saúde funcione melhor para todos (Relatório de Administração da operadora Amil, tópico Perspectivas e planos da Administração).

A empresa e o grupo Hapvida do qual ela faz parte, tem usado toda a experiência de mais de 40 anos de gestão médico-hospitalar para minimizar possíveis impactos em suas operações e continuar cuidando dos clientes e colaboradores com o acolhimento de sempre. A vigilância e o monitoramento dos possíveis impactos da Covid-19 na economia brasileira serão contínuos e a empresa atuará de forma positiva para mitigar os efeitos negativos causados pelo alastramento do vírus no país (Relatório de Administração da operadora Hapvida, tópico Considerações Finais).

A Prevent Sênior vem observando diariamente a disseminação do Coronavírus (COVID-19) desde os primeiros casos que surgiram na China e, em face disso, planejou diversas ações para uma possível crise, que, inevitavelmente, alcançará o Brasil. A operadora de saúde possui toda a estrutura necessária para o atendimento de seus beneficiários, tanto na esfera operacional, com hospitais

preparados e adaptáveis para acolher pacientes infectados com o coronavírus; quanto no âmbito monetário. Até a data da divulgação dessas demonstrações financeiras, a pandemia não impactou os resultados financeiros da empresa e não deve impactar após o período de crise, diante de todo o planejamento previamente realizado. As ações mitigadoras incluíram o formato de trabalho home office para equipes das áreas administrativas; viagens diárias, afastamento imediato e tratamento de colaboradores dos hospitais, prontos-atendimentos e UTIs com sintomas gripais, além da administração de suplementação para aumentar a imunidades destes profissionais. As ações também incluíram o cancelamento de consultas e exames eletivos associados ao atendimento da telemedicina e teletriagem de pacientes com sintomas leves de COVID-19 para conter a disseminação do vírus por meio de campanhas, com incentivo ao isolamento domiciliar, além de destinar alguns de seus hospitais para a assistência exclusiva de pacientes em tratamento da doença. A Prevent Sênior também foi uma das empresas pioneiras nos estudos dos protocolos de uso da hidroxicloroquina associada à azitromicina para pacientes com a COVID-19 e observa resultados positivos até esta data (Nota Explicativa de Eventos subsequentes na demonstração financeira da operadora Prevent Sênior).

Associadas à pandemia, que gerou, além do isolamento social, outros estados emocionais incomuns como medo, ansiedade e traumas, constata-se atualmente uma grande quantidade de pessoas, incluindo crianças e jovens, vítimas de doenças mentais.

Mediante essa grande alteração na saúde da população, buscaram-se evidências sobre essa realidade nas demonstrações financeiras, e identificaram-se, em 2019, informações sobre a saúde mental nas operadoras Amil e GEAP. A operadora Amil destacou que os cuidados com a saúde são estratégias antigas, e que tem ampliado o acesso a esse tipo de assistência, inclusive trazendo quantitativo de pacientes que se beneficiam desse atendimento e suporte; já a GEAP evidencia a importância da atenção primária à saúde, sem quantificação de beneficiários.

A seguir, as evidências encontradas.

Nesse sentido, foi dado prosseguimento à estratégia de coordenação do cuidado iniciada no ano anterior, que hoje alcança cerca de 290 mil pessoas. Para ampliar cada vez mais o acesso a esse tipo de assistência, foram credenciadas clínicas de atenção primária em todo o país: hoje 12 estados contam com estrutura de atendimento ancorada em médicos de família. Uma consistente estratégia de suporte em saúde mental também foi lançada, para atendimento e amparo a pessoas com distúrbios mentais de leves a graves. Hoje, são mais de 3 mil beneficiários acompanhados de forma integral, que alcançaram uma melhor qualidade de vida (Relatório de Administração da operadora Amil, tópico Mensagem da Administração).

A Atenção Primária à Saúde compreende um conjunto de ações individuais ou coletivas, tendo por finalidade a promoção à saúde, a prevenção de doenças, riscos, agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, além da redução de danos, contribuindo para reorganização de sistemas de saúde, promovendo uma assistência qualificada e reduzindo a sobrecarga dos serviços hospitalares, abrangendo os seguintes programas. Saúde Mental (Relatório de Gestão da operadora GEAP, no tópico A Política mais Saúde).

Tabela 59
Evidências das Palavras-chave no ano de 2020

| COVID | NORMAS PRUDENCIAIS | SINISTRALIDADE | TELEMEDICINA | SAÚDE MENTAL | INFLAÇÃO MÉDICA |
|----------------|--------------------|----------------|----------------|--------------|-----------------|
| Bradesco | Amil | Bradesco | Hapvida | Unimed BH | CNU |
| Amil | | Sul América | Prevent Sênior | | Unimed RJ |
| Sul América | | Notre Dame | Bradesco | | Unimed BH |
| Notre Dame | | CNU | Sul América | | |
| CNU | | Hapvida | Unimed BH | | |
| Hapvida | | Unimed RJ | GEAP | | |
| Unimed RJ | | Amil | | | |
| Unimed BH | | Unimed BH | | | |
| Prevent Sênior | | | | | |
| GEAP | | | | | |

Nota. Elaborada pelo autor.

As Normas Prudenciais ou Medidas de Flexibilização foram implementadas pela ANS durante o período de pandemia. A ANS implementou algumas medidas de flexibilização quanto à constituição de suas provisões técnicas e a liberação de recursos dos seus ativos garantidores. O estudo apresentado pela agência, teve como expectativa de recursos um montante estimado de R\$ 15 bilhões como forma de conferir às operadoras maior flexibilidade de recursos para o enfrentamento da crise econômica e sanitária, evitando que a assistência à saúde dos beneficiários fosse colocada em risco.

A operadora Amil destacou a medida de flexibilização imposta pela ANS, com o objetivo de minimizar o impacto da Covid-19 no atendimento dos serviços pelas operadoras. A medida, permite uma paralisação e postergação de prazo para constituição das novas provisões técnicas das operadoras.

A seguir exemplo da evidência:

Altera a Resolução Normativa - RN nº 393, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Dispõe sobre a constituição da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados do SUS - PEONA SUS, da Provisão para Insuficiência de Prêmios/Contraprestações – PIC a partir de janeiro de 2020. No entanto, em 31 de março de 2020, através da 6ª Reunião Extraordinária da Diretoria Colegiada, a ANS flexibilizou o prazo de constituição dessas provisões, podendo as operadoras de planos de saúde constituir as provisões a partir de janeiro de 2021 visando a minimizar os impactos da pandemia do COVID-19. A Companhia e suas controladas optaram pela constituição da PEONA SUS em 2020 e a PIC para 2021 (Notas Explicativas das demonstrações financeiras da Amil, no tópico Normas ANS).

Uma das práticas que ganhou impulso no período aqui estudado (2019-2021) foi a utilização da telemedicina. Para o mercado da saúde suplementar, trata-se de uma prática que traz benefícios, uma vez que agiliza o atendimento, traz comodidade aos pacientes, reduz filas de espera e custos, entre outros benefícios.

O número de atendimentos via a telemedicina no Brasil até novembro de 2021 chegou a 5,1 milhões, de acordo com a pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge). As operadoras Sul América, Unimed BH e Prevent Sênior mencionaram a importância da inovação para o acesso ao serviço de saúde. A Sul América, inclusive, destacou não somente a telemedicina, mas outros aplicativos de saúde criados para ajudar o beneficiário em seus atendimentos. A Unimed BH informou que pretendia potencializar a experiência dos beneficiários instituindo novas ferramentas no ano de 2021. Quanto a Prevent Sênior, destacou o aumento no seu serviço de atendimento virtual durante o período de pandemia, para ajudar em conversas motivacionais, facilitar o processo de atendimento, com equipes de apoio e, por fim, aumentar o serviço de telemedicina.

A seguir alguns exemplos de evidências:

No contexto da pandemia da COVID-19, a Companhia teve uma atuação destacada baseada na estratégia de Cuidado Coordenado que se mostrou totalmente acertada, permitindo prover acesso à saúde para todos os beneficiários durante esse período desafiador. A Companhia continuou a proporcionar um atendimento de qualidade, com todos os processos e serviços em pleno funcionamento no período, garantindo o cuidado para todos os segurados, em uma parceria ainda mais forte com a rede de prestadores, da qual estamos mais próximos, com um crescente volume de iniciativas conjuntas. Ao mesmo tempo, um dos destaques do período foi o avanço acelerado no uso de tecnologia, inovação e medicina conectada: triagem pelo aplicativo e por WhatsApp para COVID-19, crescimento expressivo das ferramentas de telemedicina e orientação telefônica, fast track com hospitais parceiros, além de uma adoção ainda mais relevante do aplicativo de saúde, um dos mais baixados e melhor avaliados do mercado e que se torna cada vez mais transacional, evoluindo para uma efetiva plataforma de acesso à saúde (Relatório de Administração da operadora Sul América, no tópico Visão Geral).

A saúde digital e a telemedicina representam o uso das inovações e ferramentas tecnológicas para aumentar o acesso aos serviços de saúde e superar barreiras geográficas. Na pandemia, a Cooperativa

passou a oferecer consultas on-line, contribuindo para maior segurança assistencial. Para 2021, a Cooperativa pretende potencializar as experiências dos usuários nas soluções de base tecnológica por meio do Health User Experience (HUX), uma iniciativa do Centro de Inovação que aplica metodologias de design de experiência à criação, avaliação e melhorias de produtos digitais (Relatório de Administração da operadora Unimed BH, no tópico Perspectiva de Futuro).

A Empresa visa ofertar e garantir a sua carteira - e à sociedade como um todo - ações que promovam saúde e bem-estar. O conceito de atendimento da Empresa, baseado na sua vocação em cuidar de pessoas, tem como premissa que o ideal não é apenas a garantia de procedimentos, mas sim, o cuidado do beneficiário sob todos os aspectos. Esse modelo de cuidado, calcado na prevenção, traz melhores resultados em termos de saúde individual e de custos.

Além disso, a Empresa propõe que esse cuidado vá além dos limites de um consultório ou de um hospital e, inclusive, que toda a população possa ser beneficiada. Com atividades sociais em parques públicos (caminhadas, exercícios e outros), equipes multidisciplinares levam aos beneficiários e à população, mais saúde e bem-estar. Evidentemente, durante um ano de pandemia, estas atividades físicas presenciais foram substituídas por modalidades de acolhimento virtual, como lives, a criação de um grupo de atendimento telefônico para ajudar beneficiários isolados com conversas motivacionais, a criação de gerentes de relacionamento para facilitar processos de atendimentos, sem contar a ampliação constante dos serviços de telemedicina (Relatório de Administração da operadora Prevent Sênior, no tópico Responsabilidade Social).

Tabela 60
Evidências das Palavras-chave no ano de 2021

| COVID | NORMAS PRUDENCIAIS | SINISTRALIDADE | TELEMEDICINA | SAÚDE MENTAL | INFLAÇÃO MÉDICA |
|----------------|--------------------|----------------|----------------|--------------|-----------------|
| Bradesco | | Bradesco | Hapvida | Unimed BH | CNU |
| Amil | | Sul América | Prevent Sênior | Amil | Notre Dame |
| Sul América | | Notre Dame | Bradesco | GEAP | Unimed BH |
| Notre Dame | | CNU | Sul América | | |
| CNU | | Hapvida | Unimed BH | | |
| Hapvida | | Amil | GEAP | | |
| Unimed BH | | Unimed BH | Amil | | |
| Prevent Sênior | | | Notre Dame | | |
| GEAP | | | | | |

Nota. Elaborada pelo autor.

A sinistralidade ou despesa médica é um indicador de variação de custos médico-hospitalares das OPS, conhecida no meio como VCMH. Essa variação é detectada quando se comparam dois períodos de 12 meses. Um dos fatores que determina seu aumento é a inflação médica, considera a frequência de utilização e a variação dos preços de serviços como consultas, exames, cirurgias, tratamentos e internações.

A operadora Notre Dame destaca o aumento da sinistralidade como maior fator para o seu desempenho financeiro no ano de 2021, devido ao impacto da Covid-19, uma vez que as demais contas contábeis associadas ao resultado se mantiveram dentro do esperado para a operadora. As operadoras Central Nacional Unimed e Unimed BH destacaram seus índices de sinistralidades para o ano de 2021 comparando-os com o ano anterior, e outras operadoras não apresentaram o seu quantitativo nas demonstrações financeiras.

Destaca-se também o impacto da inflação médica nos custos assistenciais das operadoras, e com esse racional, a Unimed BH e Notre Dame procuraram demonstrá-lo comparando a inflação médica ao indexador IPCA, além de mencionar que tal indicador influenciaria nos reajustes de planos de saúde dos seus beneficiários.

A seguir alguns exemplos de evidências:

No quarto trimestre de 2021, a Companhia contratou empresa de consultoria independente e especializada para avaliar a recuperabilidade do ativo intangível. A avaliação considerou as projeções para os próximos 5 anos. O laudo emitido com data base de 30 de setembro de 2021, não apresentou indicadores de *impairment*. Não obstante o resultado reportado no quarto trimestre de 2021, a

Administração da Companhia reconhece que esse desempenho está associado ao momento de pandemia vivido, uma vez que todas as principais contas de resultado se comportaram dentro do esperado, com exceção da sinistralidade médica associada ao COVID-19, que já vem dando sinais de arrefecimento, não alterando, portanto, os planos de médio e longo prazo da Companhia (Notas Explicativas da operadora Notre Dame, no tópico Pandemia Coronavírus – Covid-19).

A inflação ao consumidor medida pelo IPCA atingiu 10,1% em 2021, maior valor desde 2015. Enquanto isso, a inflação médica apresentou alta de 18,2% no período de 12 meses encerrados em junho de 2021, quando comparado aos 12 meses precedentes, segundo dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Parte desse aumento é reflexo do fim do represamento de procedimentos médicos eletivos realizados ao longo de 2020 e o encarecimento de suprimentos e insumos médicos durante o período da Pandemia (Relatório de Administração da operadora Notre Dame, no tópico Cenário macroeconômico e setorial).

No campo dos custos assistenciais, a sinistralidade registrou crescimento de 6,4 p.p., para 83,96% das contraprestações, variação impulsionada pela segunda onda da pandemia de Covid-19 e retomada dos procedimentos eletivos, ao passo que os reajustes aplicados nos contratos corporativos e as vendas de contratos novos desaceleraram o crescimento da sinistralidade (Relatório de Administração da operadora Central Nacional Unimed, no tópico CNU – Desempenho Econômico e Financeiro).

A Operadora precifica de forma estimada a projeção de eventos no futuro, tendo como base os históricos das operações. Utilizam-se como incremento aos valores apurados as devidas correções monetárias, os impactos legislativos (novas edições do Rol de Procedimentos publicados pela ANS), o impacto nos custos devido aos reajustes nos honorários médicos e uma inflação médica dos insumos hospitalares (diárias, taxa de sala, taxa de equipamentos, material, medicamentos etc.), além de levar em consideração a distribuição etária, sexo, grau de dependência e região geográfica da população cotada (Notas Explicativas da operadora Central Nacional Unimed, no tópico Risco de Subscrição).

O indicador de Contraprestações Efetivas, que corresponde à nossa receita líquida, foi de R\$ 4,8 bilhões, 7,59% maior do que em 2020. As Despesas Médicas ou sinistralidade foram de 76,34%, 2,98 pontos percentuais abaixo da meta estabelecida para o ano (79,32%). E a Margem Ebitda chegou a 12,51%; 19,42% em 2020 (Relatório de Administração da operadora Unimed BH, no tópico Eficiência, Solidez e Sustentabilidade Econômico-financeira).

O indicador de Variação de Custos, que no ano de 2020 teve cálculo negativo em função da redução do consumo, volta a apresentar crescimento compatível com o aumento do consumo em saúde e também em relação à inflação médica, confirmando as expectativas do mercado sobre um alto índice de reajuste dos contratos com clientes para o ano de 2022, indicador este que será divulgado pela ANS ainda no 1º semestre do ano em curso (Relatório de Administração da operadora Unimed BH, no tópico Eficiência, Solidez e Sustentabilidade Econômico-financeira).

As análises qualitativas realizadas nas demonstrações financeiras das operadoras apontam que existem muitas diferenças em suas divulgações. Algumas operadoras prepararam suas informações com dados específicos, como valores, percentuais, gráficos, entre outros, ao passo que outras operadoras apresentam suas informações de maneira apenas escrita, sem dados específicos, dificultando a interpretação por parte do público externo. Constata-se, assim, que esse mercado ainda apresenta grandes disparidades na forma de divulgar as suas informações, e a participação e orientação do órgão regulador é primordial para alinhamento e simetria.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi o de analisar os principais impactos da Covid-19 nos resultados operacionais e financeiros das OPS de grande porte no Brasil nos anos de 2019 a 2021, e caracteriza-se também pelo fato de que, embora existam outras pesquisas mensurando as práticas contábeis brasileiras no desempenho econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde, pouco se estudou sobre seus desempenhos econômico-financeiro durante e após o período pandêmico vivido nos últimos 3 (três) anos, a partir de uma metodologia composta por 2 (duas) etapas, uma análise quantitativa e uma análise qualitativa.

Para se atingir uma compreensão da análise de desempenho operacional e financeiro das OPS de grande porte, para os períodos de 2019 (ano anterior a pandemia), 2020 (ano em que se iniciou a pandemia) e 2021 (ano de continuidade da pandemia), com base em indicadores contábeis tradicionais de Rentabilidade, Endividamento, Específicos da Saúde Suplementar e Liquidez, foram definidos 3 (três) objetivos específicos.

O primeiro objetivo específico foi analisar as principais variações nos resultados operacionais e financeiros das OPS de grande porte durante os anos de 2019, 2020 e 2021. Verificou-se como resultado que o mercado de saúde suplementar, em geral, apresentou, na análise da variação de 2019 e 2020, desempenhos positivos em todos os indicadores estudados, fortalecendo que o fator Covid contribuiu significativamente para esse desempenho.

Porém, para o resultado da análise de 2020 e 2021, o cenário do setor se modifica completamente, proporcionando às OPS um desempenho dessa vez com resultados negativos históricos. É notório que a principal variável Despesas Médicas (DM) analisada é responsável por essas grandes oscilações, pois no ano de 2020, a retração da economia, o isolamento social da população e a não vacinação proporcionaram uma grande redução dessas despesas no resultado das OPS, que, conseqüentemente, contribuíram para uma melhora em outras variáveis de Rentabilidade, Endividamento, Liquidez e dos Indicadores Específicos da Saúde Suplementar.

Para os resultados de 2021, a variável DM ainda se mostrou a principal vilã, pois com o acúmulo das consultas e exames eletivos represados em 2020, esse indicador, somado aos custos da inflação médica embutidos nessas despesas, provocaram uma drástica redução dos resultados das OPS.

Outra variação digna de nota é o endividamento do passivo oneroso das operadoras. As operadoras aumentaram em 21% os seus endividamentos financeiros, dado que a necessidade de investir no atendimento, bem como honrar seus compromissos de pagamento, levaram as operadoras a aumentar os seus custos com empréstimos e financiamentos. É seguro afirmar que o impacto da Covid-19 fez com que as operadoras aumentassem o seu endividamento financeiro, apesar das tentativas do órgão regulador em disponibilizar recursos ao mercado.

Assim, o objetivo do trabalho de analisar as principais variações no desempenho das OPS num período pandêmico deixou evidente que a Covid-19 apresentou um impacto tanto positivo quanto negativo no desempenho do setor de saúde suplementar durante os anos abordados, e especificamente para o ano de 2021, o mercado sofreu um grande impacto em seus custos assistenciais, o que nos permite pensar em como essas OPS gerenciarão a busca de um desempenho econômico-financeiro sustentável, diante de um futuro incerto, com a continuidade da pandemia, com surgimento de novas doenças e com mudanças no comportamento da saúde da sociedade. Para que esse cenário sustentável seja possível, é fundamental a participação e monitoramento do regulador (ANS) no mercado, não apenas com o foco na solvência das OPS, mas também em preservar o direito do cidadão no atendimento à saúde.

Outro resultado obtido foi que, na comparabilidade das modalidades de operadoras, verificou-se que as Cooperativas Odontológicas e as Odontologias de Grupo obtiveram melhores resultados de rentabilidade, quando comparadas às demais operadoras, porém seus resultados de liquidez demonstram que elas sofreram fortes reduções em sua capacidade de honrar seus compromissos no curto e longo prazo.

Para o segundo objetivo específico, identificar como os fatos de maior relevância ocorridos no período pandêmico foram divulgados nas demonstrações financeiras das OPS de grande porte, obteve-se como resultado que um número significativo de OPS se preocuparam em divulgar esses principais fatos ocorridos em suas demonstrações financeiras. A análise permite perceber que apesar de todas as exigências do órgão regulador em criar regras na divulgação de informações nas demonstrações financeiras, as OPS precisam ter uma melhor qualidade nessa divulgação, proporcionando ao usuário uma leitura menos interpretativa e mais direta e que traga todas as informações relevantes do setor, de modo que essa divulgação seja clara e eficiente, e não seja uma barreira de conhecimento entre os agentes envolvidos no mercado de saúde suplementar.

Em relação ao terceiro objetivo específico, analisar as informações divulgadas nas demonstrações financeiras de operadoras de grande porte sobre a adoção da flexibilização de normas prudenciais estabelecidas pela agência reguladora no setor, o resultado foi a não identificação da devida adoção pelas OPS de grande porte. Cabe ressaltar que o fato de não identificar indícios sobre o enquadramento não significa que algumas OPS pesquisadas não tenham realizado a devida adoção. É necessário que a agência reguladora crie mecanismos de controle que possibilitem às operadoras, principalmente as de grande porte, ter a capacidade de interpretar a importância dos fatos de grande relevância ocorridos que impactam suas operações, e exija dos administradores que eles passem discernir mais eficazmente as informações que deverão ser divulgadas nas demonstrações financeiras.

A grande contribuição deste estudo para a literatura foram as variáveis testadas com dados de um grupo específico de operadoras, em um mercado regulado e uma abordagem estatística como as que são frequentemente adotadas em outros estudos, porém, nenhuma delas realizada antes e durante um período pandêmico da história mundial, e com forte impacto na atividade de saúde.

Outra contribuição deste estudo refere-se à busca contínua de melhor divulgação das informações contábeis nos demonstrativos financeiros das operadoras de planos de saúde.

Como limitação de escopo, pode-se destacar que os testes paramétricos usados são uma etapa inicial para análise do fenômeno e que é necessária uma abordagem mais robusta; outro fator de limitação concentra-se nas demonstrações financeiras publicadas pelas operadoras, uma vez que se espera que tais informações sejam completas e transparentes ao mercado.

Como sugestão de pesquisas futuras, esperam-se estudos de normativos mais recentes, como a RN 442/2018, que institui a Provisão Técnica PIC - Provisão de Insuficiência de Contraprestação. Essa provisão é uma forma de acompanhamento da solvência das OPS. Ela é constituída quando as contraprestações a serem recebidas referentes aos contratos vigentes forem insuficientes para fazer frente às obrigações contratuais já assumidas pelas OPS.

Outra sugestão de pesquisa está na continuidade deste estudo para o ano de 2022, com intuito de identificar se todas as ações de prevenção adotadas pelas OPS para combater a pandemia, cujo objetivo é a continuidade do atendimento aos seus beneficiários sem riscos de paralização, associadas à busca da rentabilidade do negócio, foram suficientes e possíveis de mensurar em suas demonstrações financeiras, tendo em vista outros fatores de impacto, tais como: a suspensão dos reajustes dos planos de saúde, a alta da inflação médica impactando os custos assistenciais e a continuidade da pandemia da Covid, que se apresenta longa na população brasileira.

REFERÊNCIAS

- Agência Brasil. (2020). *Preço de medicamentos hospitalares sobe 16% na pandemia*. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-08/preco-de-medicamentos-hospitalares-sobe-16-na-pandemia>
- Agência Brasil. (2020). *Copom mantém juros básicos da economia em 2% ao ano*. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-12/copom-mantem-taxa-selic-em-2-ao-ano>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2020). *Coronavírus (Covid-19)*. <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2020). *ANS flexibiliza uso de mais de R\$ 15 Bilhões em garantias financeiras e ativos garantidores*. <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/5475-ans-flexibiliza-uso-de-mais-de-r-15-bilhoes-em-garantias-financeiras-e-ativos-garantidores>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2020). *Combate ao coronavírus: ANS define novas medidas para o setor de planos de saúde*. <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/5459-combate-ao-coronavirus-ans-define-novas-medidas-para-o-setor-de-planos-de-saude>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2021). *Dados e indicadores do setor, demonstrações contábeis*. <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/demonstracoes-contabeis>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2021). *Histórico*. <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/quem-somos-1/historico>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2022). *Planos de Saúde: setor encerra 2021 com crescimento contínuo em 12 meses*. <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/planos-de-saude-setor-encerra-2021-com-crescimento-contiuo-em-seus-12-meses>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2022). *Dados do setor*. [pp.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNjRiYTU0MjUtYjFhMy00NTI3LWE4ZGQtMDg4YzdlMzYwZjViIiwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9](https://powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNjRiYTU0MjUtYjFhMy00NTI3LWE4ZGQtMDg4YzdlMzYwZjViIiwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9)
- 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*, 13(5), 1421-1430. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500008>
- Almeida, R. G. (2009). Composição Probabilística na Avaliação do Risco de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. *Revista Brasileira de Risco e Seguro*, 6(11), 1-34.
- Anderson, W. L. (2017). *Falhas de mercado, abacaxis e informações assimétricas. E a solução que já existe*. <https://www.mises.org.br/ArticlePrint.aspx?id=1150>
- Assaf Neto, A. (2021). *Estrutura e análise de balanços: um enfoque econômico-financeiro* (12a ed.). São Paulo: Atlas.

- Associação Brasileira de Planos de Saúde. (2016). *Entendendo a regulação prudencial no mercado de saúde suplementar*. <https://blog.abramge.com.br/saude-em-geral/entendendo-a-regulacao-prudencial-no-mercado-de-saude-suplementar/>
- Associação Brasileira de planos de saúde. (2020) *Medicina a distância amplia o atendimento e já é irreversível*. <http://blog.abramge.com.br/saude-em-geral/medicina-a-distancia-amplia-o-atendimento-e-ja-e-irreversivel/>
- Associação Brasileira de Planos de Saúde. (2020). *A telemedicina veio para ficar*. <http://blog.abramge.com.br/saude-em-geral/a-telemedicina-veio-para-ficar/>
- Associação Brasileira de Planos de Saúde. (2021). *Relatório cenário saúde*, 6(2). <https://www.abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario-da-saude-ed19.pdf>
- Associação Brasileira de Planos de Saúde. (2021). *Custo médico e hospitalar crescerá 13,4% em 2021*. <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/custo-medico-e-hospitalar-crescera-134-em-2021-estima-consultoria/#:~:text=A%20pandemia%20pressionar%C3%A1%20o%20custo,e%20tratamento%20da%20covid%2D19>
- Bahia, L., & Viana, A. L. (2002). *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_sauade.pdf
- Barbosa, J. C. (2014). *Teoria da Regulação*. <http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/39648/teorias-da-regulacao>
- Barros, E. C. (2016). *Análise Financeira - Enfoque Empresarial: uma abordagem prática para executivos não financeiros*. Belo Horizonte: Libretterria.
- BDO. (2020). *Guia de Impactos na Preparação de Demonstrações Contábeis e de Informações Trimestrais: COVID-19*. <https://www.bdo.com.br/pt-br/publicacoes/impactos-da-covid-19-nas-demonstracoes-contabeis-e-informacoes-trimestrais-encerradas-apos-31-1-2020>
- Bispo Junior, J. P., & Santos, D. B. (2021). COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para abordagem abrangente em saúde. *CSP Cadernos de Saúde Pública*, 37(10). doi: 10.1590/0102-311X00119021
- Brasil. (2016). *Instituto vacínico do império*. [http://mapa.an.gov.br/index.php/menu-de-categorias-2/366-instituto-vacnico-do-imperio#:~:text=Criado%20pelo%20decreto%20n.,melhoramento%20e%20propaga%C3%A7%C3%A3o%20da%20vacina.&text=Com%20isso%20as%20cidades%20e,a%20difus%C3%A3o%20da%20vacina%20\(BRASIL\)](http://mapa.an.gov.br/index.php/menu-de-categorias-2/366-instituto-vacnico-do-imperio#:~:text=Criado%20pelo%20decreto%20n.,melhoramento%20e%20propaga%C3%A7%C3%A3o%20da%20vacina.&text=Com%20isso%20as%20cidades%20e,a%20difus%C3%A3o%20da%20vacina%20(BRASIL)).
- Campos, H. A. (2008). Falhas do mercado e falhas do governo: uma revisão da literatura sobre a regulação econômica. *Prismas: Direito, Políticas Públicas e Mundialização*, 5(2), 281-303.
- Chaves, G. L. D., Alcântara, R. L. C., & Assumpção, M. R. P. (2008). Medidas de Desempenho na Logística Reversa: o caso de uma empresa do setor de bebidas. *Relatórios de Pesquisa em Engenharia de Produção da UFF*, 8, art. 2.
- Chioro, A., & Scaff. A. (1999). *A implantação do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf

- Cirillo, M. (2015). *Análise do papel da agência nacional de saúde (ANS)*. <https://marianaccirillo.jusbrasil.com.br/artigos/245897829/analise-do-papel-da-agencia-nacional-de-saude-ans>
- CNN. (2020). *Brasil lidera casos de depressão na quarentena, aponta pesquisa da USP*. <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/brasil-lidera-casos-de-depressao-na-quarentena-aponta-pesquisa-da-usp/>
- Conexa Saúde. (2020). *Conheça a história da telemedicina no mundo* (conexasaude.com.br)
- Correia, R., & Costa, F. (2016). A sistematização das normas contábeis no ordenamento jurídico brasileiro. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 10(27), 46-57. <http://dx.doi.org/10.11606/rco.v10i27.110553>
- Conselho Federal de Contabilidade. (2002). *Manual de procedimentos contábeis para micro e pequena empresas* (5a ed.). Brasília.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Cunha, C. S., Rodrigues Neto, J. O., Cunha, C. S., & Souza, M. C. T. (2009). A importância da chegada da família real portuguesa para o ensino médico e a medicina brasileira. *Revista Práxis*, 1(1), 1-4.
- Delgado, B. S., & Campos, A. P. F. M. (2012). A saúde suplementar brasileira e as assimetrias de informação. *Publica Direito*. <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=fa14d4fe2f19414d>
- Deloitte. (2021). *2021 Global health care outlook – accelerating industry change*. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/br/Documents/life-sciences-health-care/Global-health-care-outlook-2021.pdf>
- Dye, R. A. (2001). An evaluation of “essays on disclosure” and the disclosure literature in accounting. *Journal of accounting and economics*, 32(1-3), 181-235.
- Federação Nacional de Saúde Suplementar. (2021). *Gastos dos planos de saúde atingem o maior patamar desde o começo da pandemia*. <https://fenasaude.org.br/noticias/gastos-dos-planos-de-saude-atingem-o-maior-patamar-desde-o-comeco-da-pandemia.html>
- Federação Nacional de Saúde Suplementar. (2021). *Uso de planos de saúde aumenta 8 pontos percentuais entre janeiro e setembro deste ano*. <https://fenasaude.org.br/noticias/uso-dos-planos-de-saude-aumenta-oito-pontos-percentuais-entre-janeiro-e-setembro-deste-ano.html>
- Federação Nacional de Saúde Suplementar. (2022). *Sinistralidade médico-hospitalar em 2021 bate recorde e é a maior dos últimos 20 anos*. <https://fenasaude.org.br/noticias/sinistralidade-medico-hospitalar-em-2021-bate-recorde-e-e-a-maior-dos-ultimos-20->
- Felix, P. (2020). Sindemia: entenda a classificação proposta para a Covid-19. *Jornal O Estado de São Paulo*. São Paulo. Publicado em 19 de outubro. <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,sindemia-entenda-a-classificacao-proposta-para-a-covid-19,70003481000>

- Fernandes, J. L., Cailleau, R., & Souza, A. A. (2019). Análise de indicadores econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde. *XIX USP Internacional Conference in Accounting*, São Paulo, SP.
- Fleury, S. (2009). Reforma sanitária brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 743-752.
- Folha de São Paulo. (2020). *Medicina a distância amplia o atendimento e já é irreversível*. <https://www.pressreader.com/brazil/folha-de-s-paulo/20200901/282325387364663>
- Fraga Junior, R. (2021). *Jornal folha de Londrina*. <https://www.folhadelondrina.com.br/cadernos-especiais/rodadas-de-conteudo/sindemia-comprovou-eficacia-da-telemedicina-e-da-inteligencia-artificial-aponta-geriatra-3086434e.html>
- Fundação Getúlio Vargas. (2017). *Análise da Qualidade Regulatória da Saúde Suplementar No Brasil*. https://www.iess.org.br/cms/rep/Relatorio_GrupofGV.pdf
- Gawryszewski, A. R. B., Oliveira, D. C., Gomes, A. M. T. (2012). Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22(1), 119-140.
- Godoy, M. R. (2008). *Regulamentação dos planos de saúde e risco moral: aplicação da regressão quantílica para dados de contagem*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Horton, R. (2020). *COVID-19 is not a pandemic*. *The Lancet*. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência Notícia (2021). *PIB cai 4,1% em 2020 e fecha o ano em R\$ 7,4 trilhões*. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/30165-pib-cai-4-1-em-2020-e-fecha-o-ano-em-r-7-4-trilhoes>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência Notícia (2021). *Despesas com saúde ficam em 9,2% do PIB e somam R\$ 608,3 bilhões em 2017*. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/30165-pib-cai-4-1-em-2020-e-fecha-o-ano-em-r-7-4-trilhoes>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *PIB cresce 4,6% em 2021 e supera as perdas da pandemia*. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/33067-pib-cresce-4-6-em-2021-e-fecha-o-ano-em-r-8-7-trilhoes>
- Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. (2020). *Caderno IESS* (Edição: outubro/2020). <https://www.iess.org.br/taxonomy/term/591>
- Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. (2022). *Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Variação dos Custos Médico-hospitalares supera a inflação*. <https://www12.senado.leg.br/tv/programas/cidadania-1/2022/05/variacao-dos-custos-medico-hospitalares-supera-inflacao-entenda-motivos-e-impactos>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2020). IPEA. *Carta de Conjuntura nº 47 – 2º trimestre de 2020*. https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/conjuntura/200609_cc_47_secao_a_tividade_revisao_das_previsoes_de_crescimento.pdf

Iudícibus, S. de. (2009). *Análise de balanços* (10 ed.). São Paulo: Atlas.

Jenkins, E. K., McAuliffe, C., Hirani, S., Richardson, C., Thomson, K. C., McGuinness, L., Morris, J., Kousoulis, A., & Gadermann, A. (2021). A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. *Preventive Medicine*, 145, 106333. <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2020.106333>

Lavieri, C. A., & Cunha, J. A. C. A (2009). *Utilização da Avaliação de Desempenho Organizacional em Franquias*. In: Encontro Nacional da Anpad, 33, São Paulo. *Anais do XXXIII EnANPAD*. São Paulo: ANPAD.

Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm

Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a agência nacional de saúde suplementar – ANS e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm

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. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110185.htm

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/lei/L13989.htm#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Lei%20autoriza%20o,SARS%20CoV%20D2\).&text=3%C2%BA%20Entende%20se%20por%20telemedicina,les%C3%B5es%20e%20promo%C3%A7%C3%A3o%20de%20sa%C3%BAde](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/lei/L13989.htm#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Lei%20autoriza%20o,SARS%20CoV%20D2).&text=3%C2%BA%20Entende%20se%20por%20telemedicina,les%C3%B5es%20e%20promo%C3%A7%C3%A3o%20de%20sa%C3%BAde).

Lemos, S. (2020). *Jornal da USP*. Buscas sobre transtornos mentais no google apresentaram alta de 98%. <http://www.jornal.usp.br/Buscas-sobre-transtornos-mentais-no-Google-apresentaram-alta-de-98%-%E2%80%93-Jornal-da-USP>

Macedo, M. A. S., Cípola, F. C., Ferreira, A. F. R., & Souza, M. F. A. (2008). Desempenhos Sócio-Ambiental, Operacional e Contábil-Financeiro no Setor Elétrico Brasileiro: aplicando DEA na análise da sustentabilidade multidimensional. In: Encontro da Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Administração, 32, Rio de Janeiro. *Anais do XXXII ENANPAD*. Rio de Janeiro: ANPAD, 2008.

Magalhaes et al. (2015). A utilidade da informação contábil no processo de fiscalização e controle das operadoras de plano de saúde pela agência nacional de saúde suplementar (ANS). *Revista Ambiente Contábil*, 7(2), dez 2015.

Martins, E., Diniz, J. A., & Miranda, G. J., (2021). *Análise avançada das demonstrações contábeis: uma abordagem crítica* (3a ed.). São Paulo: Atlas.

Mesquita, M. A. F. (2002). A regulamentação da assistência da saúde suplementar: legislação e contexto institucional (pp. 66-133). In *Regulação e saúde. Estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar ANS*. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro.

- Ministério da Saúde. (2020). *Ministério da saúde investe em ações de saúde mental durante a pandemia*. <https://aps.saude.gov.br/noticia/10076#:~:text=Segundo%20dados%20preliminares%20de%202020,da%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde>
- Ministério da Saúde. (2020). *Resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental são divulgados*. <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/setembro/resultados-preliminares-de-pesquisa-sobre-saude-mental-sao-divulgados>
- Ministério da Saúde. (2021). *Realidade imposta pela pandemia pode gerar transtornos mentais e agravar quadros existentes*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/outubro/realidade-imposta-pela-pandemia-pode-gerar-transtornos-mentais-e-agravar-quadros-existentis>
- Ministério da Saúde. (2022). *Governo Federal lança estratégias de cuidados para a saúde mental*. <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2022/junho/governo-federal-lanca-estrategias-de-cuidados-com-a-saude-mental-dos-brasileiros>
- Mourad, N. A., Paraskevopoulos, A., & Michaelis, R. W. (2010). *Normas Internacionais de Contabilidade para as Operadoras de Saúde* (pp. 33-38). São Paulo: Atlas.
- Noronha, J. C., & Soares, L. T. (2001). A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e saúde coletiva*, 6(2), 445-450. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200013>
- Oliveira, R. R., & Elias P. E. M. (2012). Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 46(3), 571-6.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). *The world health report 2000*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42281/WHR_2000-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pereira Filho, L. T. (1999). Iniciativa privada e saúde. *Dosie Saúde Pública*. São Paulo. Brasil. 13(35), <https://doi.org/10.1590/S0103-40141999000100011>
- Pérez, E. R., & Cunningham, K. M. V. H. (2020). COVID-19 and maternal and child food and nutrition insecurity: a complex syndemic. *Matern Child Nutr.*
- 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 Revista de Saúde Coletiva*, 18(4), 767-783.
- Polignano, M. V. (2015). *História das políticas de saúde no Brasil*. <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>
- Portal Telemedicina (2020). *Telemedicina e planos de saúde: conheça os benefícios para as operadoras*. <https://portaltelemedicina.com.br/blog/telemedicina-e-planos-de-saude>
- Resolução CFM nº 2.227, de 6 de dezembro de 2019. Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf>
- Resolução Normativa nº 451/ANS, de 6 de março de 2020. *Dispõe sobre os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de plano de assistência à saúde; revoga a RN nº 209, de 22 de dezembro*

de 2009, e a IN nº 14, de 27 de dezembro de 2007, da DIOPE; e altera a RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, a RN nº 307, de 22 de outubro de 2012, e a RN nº 400, de 25 de fevereiro de 2016. <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzg2MA==>

Resolução Normativa nº 442/ANS, de 20 de dezembro de 2018. *Altera a Resolução Normativa - RN nº 393, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.* <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2Mw==>

Ribeiro, O. M. (2014). *Contabilidade Básica* (3a ed.). São Paulo: Saraiva.

Salles, O. R. (2004). *Adaptação das operadoras de planos de saúde de pequeno porte ao plano de contas padrão da ANS*. Dissertação de Mestrado Profissional, ENSP Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4789>

Salotti, B. M., & Yamamoto, M. M. (2007). *Ensaio sobre a Teoria da Divulgação*. *BBR – Brazilian Business Review*, 2(1), 53-70.

Salotti, B. M., Yamamoto, M. M., & Pimentel, R. C. (2011). *Divulgação voluntária da demonstração dos fluxos de caixa e desempenho das empresas de capital aberto no Brasil*. <https://congressosp.fipecafi.org/anais/artigos72007/524.pdf>

Salvatori, R. T., & Ventura, C. A. A. (2012). *A agência nacional de saúde suplementar – ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde*. *Organizações & Sociedade*, 19(62), 471-487.

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. Porto Alegre: Penso.

Santos, A. D. F., Souza, C. de, Alves, H. J., & dos Santos, S. F. (2006). *Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente*. Editora UFMG.

Santos, T. B. S., & de Matos Pinto, I. C. (2017). *Contratualização da gestão hospitalar versus regulação em saúde: agências, controle estatal e avaliação no SUS*. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 16, 47-53.

Schilling, C. M., Reis, A. T., & Moraes, J. C. (2006). *A política regulação do Brasil* (p. 116). Brasília: OPAS.

Shorten, A., & Smith, J. (2017) *Mixed methods research: expanding the evidence base*. *Evid Based Nurs*.

Silva, A. A. (2003). *Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços – um novo relacionamento estratégico*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf

Silva et al. (2014). *Gerenciamento de custos em operadoras de saúde de pequeno porte: reflexo nos requisitos de margem de solvência*. *XXI Congresso Brasileiro de Custo*, RN – Natal.

Silva, D. A. R., Pimentel R. F. W, & Mercês, M. C. (2020). *COVID-19 and the pandemic of fear: reflections on mental health*. *Revista de Saúde Pública*, 54(46), 1-2. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002486>

- Silva, V. V., & Lobel, E. (2016). Análise do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos privados de saúde do setor brasileiro de saúde. *RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 13(3). doi: 10.21450/rahis.v13i3.3619.
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). *Syndemics and the biosocial conception of health*. *The Lancet* (V. 389). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30003-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30003-X/fulltext)
- Souza, R. M. L. (2014). *O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil: Regulação e Resultados Econômicos dos Planos Privados de Saúde*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Stigler, G. J. (1971). The Theory of Economic Regulation. *The Bell Journal of Economics and Management Science*, 2(1), 3-21.
- UNICEF. (2021). Impacto da covid-19 na saúde mental de crianças, adolescentes e jovens é significativo, mas somente a 'ponta do iceberg'. <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/impacto-da-covid-19-na-saude-mental-de-criancas-adolescentes-e-jovens#:~:text=%22O%20impacto%20%C3%A9%20significativo%20e,atender%20a%20e%20necessidades%20cr%C3%ADticas.>
- Veiga Neto, A. (2020). Mai uma lição: sindemia covídica e educação. *Educação e Realidade*, 45(4). e109337. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-6236109337>
- Verrecchia, R. E. (2001). Discretionary disclosure. *Journal of Accounting and Economics*, 5, 179-194.
- Vilarins, G. C. M., Shimizu, H. E., & Gutierrez, M. M. U. (2012). A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*, 36(95), 640-647.

APÊNDICE

Apêndice 1

Relação das operadoras de grande porte analisadas

| Código da ANS - Razão Social da Operadora | Modalidade |
|--|-----------------------------------|
| 000477-SOMPO SAÚDE SEGUROS S.A. | Seguradora Especializada em Saúde |
| 000582-PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A | Seguradora Especializada em Saúde |
| 000701-UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A | Seguradora Especializada em Saúde |
| 005711-BRADESCO SAÚDE S.A. | Seguradora Especializada em Saúde |
| 006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE | Seguradora Especializada em Saúde |
| 301949-ODONTOPREV S/A | Odontologia de Grupo |
| 302147-PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE L | Medicina de Grupo |
| 303623-CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO | Medicina de Grupo |
| 303976-UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉD | Cooperativa Médica |
| 304441-NACIONAL ODONTO S/S LTDA. | Odontologia de Grupo |
| 304484-DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA | Cooperativa Odontológica |
| 304701-UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE | Cooperativa Médica |
| 306398-UNIMED - COOPERATIVA DE SERVIÇOS DE SAÚDE D | Cooperativa Médica |
| 306886-UNIMED JUIZ DE FORA COOPERATIVA DE TRABALHO | Cooperativa Médica |
| 309222-GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA | Medicina de Grupo |
| 310981-ODONTO EMPRESAS CONVÊNIO DENTÁRIOS LTDA. | Odontologia de Grupo |
| 312126-FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ | Autogestão |
| 312720-UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTADU | Cooperativa Médica |
| 312851-UNIMED CAMPO GRANDE MS COOPERATIVA DE TRABA | Cooperativa Médica |
| 312924-CAIXA ECONÔMICA FEDERAL | Autogestão |
| 313751-UNIODONTO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS COOPERATIV | Cooperativa Odontológica |
| 314218-ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA SÃ | Filantropia |
| 315478-FUNDAÇÃO CESP | Autogestão |
| 315729-UNIMED DE PIRACICABA SOCIEDADE COOPERATIVA | Cooperativa Médica |
| 317144-UNIMED DE FORTALEZA SOCIEDADE COOPERATIVA M | Cooperativa Médica |
| 319121-UNIMED DIVINÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALH | Cooperativa Médica |
| 319996-UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO - FEDERAÇÃO E | Cooperativa Médica |
| 321044-UNIMED JOÃO PESSOA - COOPERATIVA DE TRABALH | Cooperativa Médica |
| 321273-UNIMED DE JOINVILLE COOPERATIVA DE TRABALHO | Cooperativa Médica |
| 323080-GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE | Autogestão |
| 325571-UNIMED NORDESTE RS SOCIEDADE COOPERATIVA DE | Cooperativa Médica |
| 326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. | Medicina de Grupo |
| 327689-UNIMED MACEIÓ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDIC | Cooperativa Médica |
| 331872-UNIMED SÃO JOSE DOS CAMPOS - COOPERATIVA DE | Cooperativa Médica |
| 333689-MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S/ | Medicina de Grupo |
| 334561-UNIMED BLUMENAU - COOPERATIVA DE TRABALHO M | Cooperativa Médica |
| 335100-UNIMED SAO JOSÉ DO RIO PRETO - COOP. DE TRA | Cooperativa Médica |
| 335592-UNIMED NATAL SOC. COOP. DE TRAB. MÉDICO | Cooperativa Médica |
| 335690-UNIMED CAMPINAS - COOPERATIVA DE TRABALHO M | Cooperativa Médica |
| 337510-MEDPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. | Medicina de Grupo |
| 339679-CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTR | Cooperativa Médica |
| 339954-FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER | Filantropia |

| Código da ANS - Razão Social da Operadora | Modalidade |
|--|--------------------------|
| 340782-CLINIPAM CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTENCIA | Medicina de Grupo |
| 342033-SAMP ESPÍRITO SANTO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA | Medicina de Grupo |
| 342084-UNIMED CUIABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDIC | Cooperativa Médica |
| 343269-UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO | Cooperativa Médica |
| 343731-UNIMED-SÃO GONÇALO - NITERÓI - SOC.COOP.SER | Cooperativa Médica |
| 343889-UNIMED - BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRAB | Cooperativa Médica |
| 344451-UNIODONTO REGIONAL COOP TRAB ODONTOLÓGICO L | Cooperativa Odontológica |
| 344885-UNIMED RECIFE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDIC | Cooperativa Médica |
| 345695-VALE S/A | Autogestão |
| 346659-CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BA | Autogestão |
| 348180-SANTA RITA SAÚDE S/A. | Medicina de Grupo |
| 348295-UNIMED SOROCABA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉD | Cooperativa Médica |
| 348520-MEDISANITAS BRASIL ASSISTÊNCIA INTEGRAL À S | Medicina de Grupo |
| 348805-PROMED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA | Medicina de Grupo |
| 348830-PLENA SAÚDE LTDA | Medicina de Grupo |
| 349682-DOCTOR CLIN OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE LT | Medicina de Grupo |
| 350141-PARANÁ CLÍNICAS - PLANOS DE SAÚDE S/A | Medicina de Grupo |
| 350249-H.B. SAÚDE S/A. | Medicina de Grupo |
| 350494-UNIODONTO DE CAMPINAS COOPERATIVA ODONTOLÓG | Cooperativa Odontológica |
| 351202-UNIMED DE RIBEIRÃO PRETO - COOPERATIVA DE T | Cooperativa Médica |
| 352501-UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MÉDICA LT | Cooperativa Médica |
| 353353-UNIMED TERESINA - COOPERATIVA DE TRABALHO M | Cooperativa Médica |
| 354031-UNIMED SÃO CARLOS - COOPERATIVA DE TRABALHO | Cooperativa Médica |
| 355097-SANTA HELENA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A. | Medicina de Grupo |
| 355691-UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FED. EST | Cooperativa Médica |
| 355721-UNIMED DE SANTOS COOP DE TRAB MÉDICO | Cooperativa Médica |
| 357391-UNIMED VITÓRIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDI | Cooperativa Médica |
| 357511-HUMANA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA | Medicina de Grupo |
| 358436-UNIODONTO GOIANIA COOPERATIVA DE CIRURGIÕES | Cooperativa Odontológica |
| 359017-NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A. | Medicina de Grupo |
| 359661-OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA. | Medicina de Grupo |
| 360449-UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS-COOPERATIVA DE | Cooperativa Médica |
| 367095-SAMEL PLANO DE SAÚDE LTDA | Medicina de Grupo |
| 368253-HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA | Medicina de Grupo |
| 368555-UNIODONTO BELÉM - COOPERATIVA DE ASSISTÊNCI | Cooperativa Odontológica |
| 369659-UNIMED DE BAURU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉD | Cooperativa Médica |
| 371254-UNIMED REGIONAL MARINGÁ COOP.DE TRABALHO MÉ | Cooperativa Médica |
| 373010-MEMORIAL SAÚDE LTDA | Medicina de Grupo |
| 374440-PREVIDENT ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA. | Odontologia de Grupo |
| 379280-LIV LINHAS INTELIGENTES DE ATENÇÃO À VIDA | Medicina de Grupo |
| 379956-CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL LTDA. | Medicina de Grupo |
| 380041-PRODENT - ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA. | Odontologia de Grupo |
| 382540-ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS PROFESSORES PÚBL | Medicina de Grupo |
| 382876-UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDI | Cooperativa Médica |
| 389358-INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA ODON | Odontologia de Grupo |

| Código da ANS - Razão Social da Operadora | Modalidade |
|--|--------------------------|
| 392804-CENTRO CLÍNICO GAÚCHO LTDA | Medicina de Grupo |
| 393321-UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO D | Cooperativa Médica |
| 402966-BIO SAÚDE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA | Medicina de Grupo |
| 403911-VISION MED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA | Medicina de Grupo |
| 406481-METLIFE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA. | Odontologia de Grupo |
| 411256-PLANO HOSPITAL SAMARITANO LTDA | Medicina de Grupo |
| 413429-UNIDENTIS ASSISTÊNCIA ODONTOLOGICA LTDA. | Odontologia de Grupo |
| 413534-CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTA | Autogestão |
| 414387-ODONTOART PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA | Odontologia de Grupo |
| 414654-SEMPRE ODONTO PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA | Odontologia de Grupo |
| 415626-FEDERAÇÃO DAS COOP ODONTOLÓGICAS DO ESTADO | Cooperativa Odontológica |
| 416428-SUL AMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S.A. | Medicina de Grupo |
| 416525-PRIMA VIDA ODONTOLOGIA DE GRUPO LIMITADA | Odontologia de Grupo |
| 416801-UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A | Medicina de Grupo |
| 417238-BRF S/A | Autogestão |
| 417815-SUL AMÉRICA ODONTOLÓGICO S/A | Odontologia de Grupo |
| 417823-PREMIUM SAÚDE EIRELI - ME | Medicina de Grupo |
| 419133-POSTAL SAÚDE CAIXA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE D | Autogestão |
| 419419-BRASILDENTAL OPERADORA DE PLANOS ODONTOLÓGI | Odontologia de Grupo |
| 421715-BRADESCO SAÚDE - OPERADORA DE PLANOS S/A | Medicina de Grupo |
| 422631-ASSOCIAÇÃO PETROBRAS DE SAÚDE - APS | Autogestão |