

SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: ESTUDO SOBRE AS CORRELAÇÕES DE ÍNDICES ECONÔMICO-FINANCEIROS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

BRAZILIAN SUPPLEMENTARY HEALTH: STUDY ON HEALTH PLAN OPERATORS FINANCIAL AND ECONOMICAL INDEXES CORRELATIONS

Francisco César de Castro Neto

Mestre em Administração e Controladoria pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professor da disciplina Gestão da Produção na Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO).

Jonny César Cavalcante de Oliveira

Mestre em Administração e Controladoria pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Consultor Técnico do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE-CE).

RESUMO

O texto deslinda o histórico e o funcionamento das operadoras de planos de saúde (OPS) do Brasil. Metodologicamente, é apresentada uma pesquisa de cunho quantitativo, onde foram avaliadas 810 OPS registradas no anuário 2008 da Agência Nacional de Saúde (ANS). Para o estudo foi analisada uma matriz de correlações entre a quantidade de beneficiários de cada modalidade de OPS e quatro dos seus indicadores econômico-financeiros, podendo concluir-se a existência de relações significativas positivas na comparação de número de beneficiários com sinistralidade e de sinistralidade com nível de endividamento. Por outro lado, foram percebidas relações negativas do número de beneficiários com despesas administrativas e com liquidez corrente. Assim o artigo leva à compreensão de que as operações maiores estão com piores indicadores de liquidez e endividamento, porém com menor nível de despesas administrativas

Palavras-chave: Saúde suplementar - indicadores. Operadoras de planos de saúde.

ABSTRACT

The article deals with Brazilian society interests, the health insurance sector management. The text unravels the history and operation of the health plan operators (HPO) in Brazil. Methodologically, it is presented a survey, evaluating 810 HPO recorded in 2008 national health yearbook. For such study it has been analyzed a matrix of correlations between HPO each type beneficiaries number and four of its economic and financial indicators. It is possible to conclude that there are significant positive relationships in comparison with the number of beneficiaries and insurance accidents and between insurance accidents and indebtedness level. In the other hand, negative relationships were noted between the number of beneficiaries and between administrative costs and current liquidity. Thus this articles leads to the comprehension that the biggest operations have the worst liquidity and indebtedness indicators, but also have the best administrative costs level.

Keywords: *Supplementary health – indicators. Health plan operators.*

1 INTRODUÇÃO

O artigo em questão trata sobre um tema recorrente de discussão que diz respeito aos interesses da sociedade brasileira, a gestão da saúde suplementar.

A constituição federal do Brasil rege que a saúde é um dos direitos sociais, cabendo à União e às unidades federativas proteger e defender a saúde da população (BRASIL, 1988). Para garantir tais direitos, a assembleia constituinte de 1988 concebeu o Sistema Único de Saúde (SUS), dividido em dois segmentos: o privado e o público.

O primeiro segmento é regido pelas regras de mercado enquanto o segundo é norteado pelo direito social, constitucional, coletivo e não-comercial (RODRIGUES, 2003 *apud* MARINHO; MAC-ALLISTER, 2005). Todavia, é notória a quantidade de notícias que permeiam todas as mídias referindo-se ao mau atendimento dos serviços públicos, suas condições precárias de funcionamento e a insatisfação dos profissionais de saúde que atuam no órgão.

A União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) explica que o SUS, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sofre de escassez de verbas para o correto funcionamento da sua parte pública. (UNIDAS, 2005)

Segundo a fonte, uma prova disso é que, embora a constituição de 1988 diga que deve ser dispensado para investimentos em saúde pública um valor mínimo equivalente a 30% do orçamento da seguridade social, o que equivaleu a uma cifra por volta de 70 bilhões de reais em 2005, o valor realmente investido no segmento foi de apenas 39,2 bilhões de reais. Ou seja, apenas 56% do valor mínimo previsto. (UNIDAS, 2005)

A citação abaixo esclarece a discrepância com relação aos investimentos em saúde do Brasil quando comparados com outros países da América Latina e do restante do mundo

Com base em dados do Bird e da OMS para o ano de 2000, o Brasil destinou à saúde US\$ 109 em gasto público *per ca-*

pita/ano; na Argentina era US\$ 362; no Uruguai, US\$ 304; no Chile, US\$ 143; no México, US\$ 144. Já no Canadá e nos EUA, os gastos foram de US\$ 1.483 e US\$ 1.992 *per capita/ano*, respectivamente. (UNIDAS, 2005, p. 20)

Com base nestes números, constata-se que o setor público brasileiro possui sérias deficiências no tocante à prestação de serviços de saúde de qualidade para todos os demandantes, um fator catalisador para a ascensão das empresas privadas de saúde. (SATO, 2007)

Pinto (2004) explica que esta situação tornou-se notória no período entre o fim da década de 80 e início de 90, destacando como pontos relevantes a dificuldade de acesso da população ao serviço público de saúde e a baixa qualidade atribuída ao mesmo.

Costa e Castro (2004) elencam cinco fatores estruturais que favorecem o crescimento das operadoras de planos de saúde (OPS) em todas as faixas de renda:

- Constrangimentos no financiamento público por conta da política de ajuste fiscal e alterações na composição de despesas do segmento de saúde, refletindo no perfil da oferta do setor público;
- Entendimento das empresas privadas que a oferta de atenção médico-hospitalar aos seus colaboradores é um diferencial de mercado (inclusive no recrutamento de recursos humanos) e favorece a imagem da organização;
- Busca de rendas adicionais por parte dos profissionais de medicina, desfavorecidos pela baixa remuneração do setor público e pela falta de recursos de boa parte da população de algumas regiões para custear diretamente os serviços médicos que precisam;
- Aumento dos custos referentes serviços de saúde, em principal os que demandam maior tecnologia, restringindo a quantidade de pessoas que podem ser valer destes procedimentos mediante pagamento direto;
- Insatisfação da classe média com os serviços do SUS, principalmente no concernente a hotelaria, agilidade e tratamento personalizado.

As OPS se valeram da concessão da constituição de 1988, que não impõe restrições para que a iniciativa privada atue no segmento de saúde. Estas empresas oferecem aos seus clientes acesso a serviços de saúde mediante pagamento de mensalidades. Por conseguinte, quando empresas privadas passam a atuar no segmento de saúde, o termo utilizado passa a ser “saúde suplementar”. (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008)

A UNIDAS (2005) afirma que, como não há um consenso na literatura sobre esta terminologia, podem ser validas também definições como “assistência médica suplementar” ou “atenção médica supletiva” entre outras.

O presente artigo tem como objetivo analisar quantitativamente o assunto a partir da utilização de indicadores da área, de maneira a contribuir na discussão do assunto. Na próxima seção, será feita uma apresentação sobre o tema, mostrando os principais conceitos e regulações referentes as OPS, bem como abordar suas especificidades, permitindo revisar a literatura sobre o tema e conhecer sua mecânica de funcionamento no Brasil.

Na terceira parte, é apresentada a análise quantitativa sobre os indicadores econômicos e financeiros das OPS com base nas informações do anuário de 2008 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), avaliando se existem relações entre os seus principais índices econômico-financeiros, a quantidade de clientes e a modalidade da operadora.

Como resultado, espera-se encontrar o perfil das operadoras de planos de saúde no que diz respeito aos seus resultados econômico-financeiros, apoiando o estudo na teoria apropriada sobre o tema. A quarta e última parte é reservada para as considerações finais.

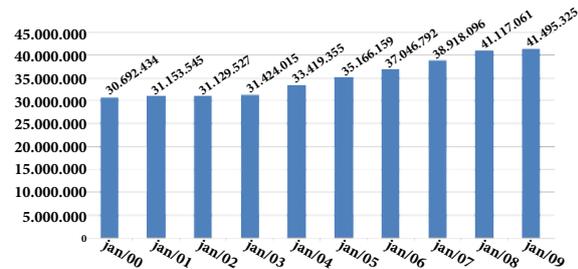
2 OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

2.1 A ascensão das operadoras de planos de saúde

Segundo dados da ANS (2009b), o Brasil dispunha em junho de 2009 com mais de 41,4 milhões de pessoas que contam com os

serviços das operadoras de saúde, valor 35% maior do que em dezembro de 2000. O gráfico 1 mostra a evolução, de dezembro de 2000 a junho de 2009, da quantidade de beneficiários (termo utilizado para classificar os clientes das OPS's) no Brasil.

Gráfico 1: Evolução da quantidade de beneficiários no Brasil



Fonte: adaptado de ANS (2009b).

Os números mostram que cresce anualmente o número de beneficiários no Brasil (com exceção para o ano de 2002, que teve uma redução de 0,08% em relação a 2001), o que torna cada vez mais importante se entender o conceito por trás das OPS e as relações entre estas, seus clientes e fornecedores.

Cechin (2008) explica que despesas referentes à saúde podem, dependendo da gravidade, custar muito dinheiro e levar toda uma família a ruína financeira. Todavia, buscando reduzir o risco de acontecer tal infortúnio, a sociedade desenvolveu uma estrutura de diluição dessas perdas financeiras formando uma sociedade de crédito mútuo que, recolhendo contribuições modestas de cada sócio, possibilita a restituição (mesmo que parcial), do patrimônio dos afetados por despesas referentes à saúde.

Eis a forma de funcionamento de uma OPS, que não deixa de ser diferente de um seguro que se faz de um bem móvel ou imóvel. Cechin (2008) afirma que o conceito de seguro (aplicável também às OPS) se apoia em três pilares: a existência de eventos futuros e incertos, de forma que ninguém saberá quando ou se irá ser afetado por um determinado evento (no caso, um problema de saúde dispendioso demais para ser quitado pelo paciente e sua família); o mutualismo, ou seja, todos contribuem para um fundo comum, de onde saem

os recursos indenizatórios; e a boa fé objetiva, que diz que a indenização não é válida se a perda patrimonial for propositalmente causada pelo segurado.

2.2 Estrutura de mercado

O mercado de saúde suplementar no Brasil é basicamente composto por três atores, que a ANS (2009b) define da seguinte forma:

- **Beneficiários:** pessoas físicas que firmam contratos com operadoras de planos privados de saúde;
- **Prestadores:** estabelecimentos de saúde (incluindo recursos humanos e equipamentos) que prestam serviços aos beneficiários;
- **Operadoras de planos privados de assistência à saúde:** pessoas jurídicas autorizadas, a partir de registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar, a comercializar planos privados de assistência à saúde.

Aprofundando a análise da classificação das OPS, é possível agrupá-las em duas categorias: *operadoras médico-hospitalares* e *operadoras exclusivamente odontológicas* (ANS, 2009b). Dentro desses dois grupos, as OPS ainda subdividem-se nas seguintes modalidades:

- **Administradoras:** gerem planos de assistência médica financiados por outra operadora;
- **Autogestão:** disponibilizam serviços médicos exclusivamente para os funcionários e familiares de funcionários de uma determinada empresa ou organização;
- **Cooperativas médicas:** sociedades sem finalidade lucrativa originadas de acordo com a Lei 5.764/71;
- **Cooperativas odontológicas:** similares as cooperativas médicas, mas com foco exclusivo em odontologia;
- **Filantrópicas:** operam planos privados de saúde e não possuem fins lucrativos, sendo certificadas como entidades filantrópicas junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS);

- **Seguradoras especializadas em saúde:** seguradoras autorizadas a operar planos de saúde;
- **Medicina de grupo:** demais empresas ou organizações que operam planos privados de assistência médica;
- **Odontologia de grupo:** similar à medicina de grupo, mas com foco exclusivo em odontologia. (ANS, 2009b)

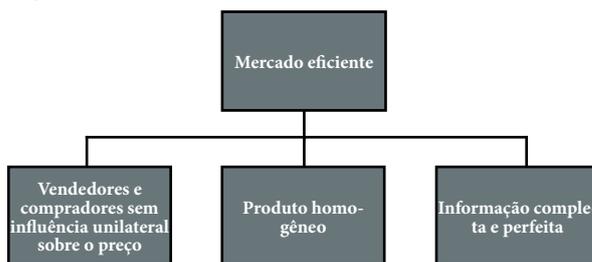
Derengowsky (2004) elenca vários fatores motivadores para esta grande diversidade de planos de saúde no Brasil, considerando tal fato como sendo reflexo, entre outros, do porte financeiro e patrimonial, tanto das empresas contratantes que patrocinam as OPS quanto das próprias OPS, do seu perfil verticalizado (contando com hospitais e rede ambulatorial próprias, por exemplo), da qualificação e ocupação dos funcionários das empresas patrocinadoras, das nuances das redes credenciadas e da grande quantidade de formas de contratos e negociações.

Agora que já foram apresentados os atores que atuam no mercado de saúde suplementar, e dado um foco mais aprofundado no que diz respeito às OPS, é viável buscar-se entender como este mercado flui.

Costa e Castro (2004) alegam que o setor de atenção à saúde possui importantes falhas de mercado. Mas antes de tratar sobre as imperfeições do mercado de saúde, é de suma importância ter-se o entendimento do que seja um mercado perfeito.

Arrow (1963 *apud* CECHIN, 2008) diz que um mercado eficiente (ou sem falhas) é aquele que possui características para a competição perfeita, características essas que são apresentadas na figura 1.

Figura 1 – Características do mercado eficiente



Fonte: adaptado de Cechin (2008)

Entende-se que um mercado eficiente é um construto eminentemente teórico, pois, em termos práticos, a possibilidade de se encontrar estas características juntas de forma plena é um tanto remota. No mercado de saúde suplementar, por conseguinte, é possível identificar falhas para cada um dos três atributos citados: OPS que possuem diferenciais de seus produtos (como uma maior rede credenciada, por exemplo), podem cobrar mais pelos seus serviços, enquanto que a incerteza da qualidade dos produtos pode gerar redução no volume de negócios, ou seja, contratação de planos. (CECHIN, 2008)

Costa e Castro (2004), por sua vez, alegam que existem três fatores responsáveis por desencadear as falhas de mercado: primeiramente, algumas pessoas possuem excessiva cobertura do seguro de saúde, o que gera sobreutilização dos serviços. Em segundo lugar, alguns indivíduos não têm como dispor de um seguro com cobertura adequada. Por fim, os custos de transação para todos os agentes do mercado são consideravelmente elevados.

Em vistas da complexidade deste mercado, se faz necessária uma regulação robusta para evitar os excessos citados acima e outros. No segmento de saúde suplementar, conta-se com a Lei 9.656 e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, cujas origens e desdobramentos são abordados na seção seguinte.

2.3 Regulação: a lei 9.656 e a ANS

A Lei 9.656, que regulamenta os planos e seguros de saúde, foi aprovada em 1998, resultado de um período de cinco anos em que o governo buscou sanar as brechas na legislação vigente com uma série de projetos de lei direcionados ao segmento de saúde, reforçando que esta lei sofreu alterações por conta de medidas provisórias. (CECHIN, 2008)

Anterior a isso, as OPS's eram regidas pelo decreto-lei nº 73 de 1966, modelo em que a regulamentação do segmento era feita pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) com diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). A

UNIDAS (2005) afirma que, para regulamentar o setor, foi criada a ANS mediante a aprovação da Lei 9.961 de 2000. CECHIN (2008, p. 178) apresenta a seguinte descrição do órgão:

A ANS é uma autarquia em regime especial, com autonomia nas gestões administrativa, financeira, patrimonial e de recursos humanos, bem como em suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. Aliado ao mandato fixo, outro instrumento que garante mais autonomia à ANS é a arrecadação própria de suas receitas.

Sobre as relações entre a ANS e as OPS's, a Lei 9.656 explica que as OPS precisam obter autorização de funcionamento junto à ANS, devendo, para tanto, satisfazer uma série de requisitos, tais como o registro nos conselhos regionais de medicina e odontologia; descrição dos serviços oferecidos (próprios e/ou de terceiros); descrição da equipe, instalações e equipamentos; demonstração da capacidade de atendimento, da viabilidade econômico-financeira e abrangência geográfica. (BRASIL, 1998)

A criação de uma regulação rígida e de um órgão regulador específico para o segmento de saúde trouxe inúmeros benefícios para o público usuário, que a partir de então passou a contar com a definição de requisitos mínimos de cobertura (planos de referência) e de limites de variação de preço entre as faixas etárias. (ALBUQUERQUE, 2006)

Ainda no sentido de resguardar os beneficiários, Soares, Thóphilo e Corrar (2009) citam como realizações importantes da ANS a implantação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e a criação do Índice de Desempenho em Saúde Suplementar (IDSS), que atribui nota para as OPS levando em conta quatro dimensões da qualidade: atenção à saúde, econômico-financeira, estrutura e operação e satisfação dos clientes.

Rodrigues (2008) explica que, após a Lei 9.656 e da Medida Provisória 2.177-44 de 2001, é possível fazer uma classificação cronológica dos tipos de contrato firmados entre OPS e beneficiários, havendo também uma classificação dos contratos no que diz respeito

to ao tipo de beneficiário, ambas descritas no quadro abaixo:

Quadro 1: Classificação dos contratos OPS's x beneficiários.

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO	TIPOS DE CONTRATO	CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO
Cronológico	Planos antigos	Firmados antes de 02/01/99, não adaptados ao regimento da Lei 9.656.
	Planos novos	Firmados após 02/01/99, estando adaptados à Lei 9.656.
	Planos adaptados	Planos anteriores a 02/01/99, mas adaptados à Lei 9.656 por vontade do cliente, sem possibilidade de interferência da OPS.
Tipo de Beneficiário	Individuais	Firmado entre a OPS e uma pessoa física, somente.
	Familiares	Firmado entre a OPS e uma pessoa física em prol dela própria e de sua família.
	Coletivos	Firmado entre a OPS e uma pessoa jurídica, sendo beneficiados os componentes da empresa cliente. Estes contratos podem ser coletivos empresariais (quando todos ingressam obrigatoriamente no plano) ou coletivos por adesão (quando a adesão é opcional).

Fonte: adaptado de Rodrigues (2008).

3 PESQUISA

Esta seção trata da pesquisa realizada sobre os indicadores econômico-financeiros das OPS e sua correlação entre si e com o volume da carteira de beneficiários, levando em conta a modalidade da operadora.

3.1 Metodologia da pesquisa

Quanto à caracterização metodológica, o presente trabalho se utiliza de um processo calcado na estratégia quantitativa de pesquisa, aquela “em que os dados e as evidências coletados podem ser quantificados, mesurados” (MARTINS; TEÓFILO, 2007, p.107) e na abordagem da problemática racional.

A pesquisa apresentada trata-se de um estudo empírico-analítico que contou com técnica de coleta embasados em pesquisa documental, que na visão de Godoy (1995, p. 21) “é o exame de materiais de natureza diversa que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados buscando-se novas interpretações”.

Em termos analíticos, foi utilizada estatística inferencial baseada em testes de correlação. Field (2009) assevera que testes de correlação são recursos estatísticos utilizados no intuito de mensuração do relacionamento

entre variáveis e definição da segurança estatística para aceitar esses relacionamentos. Para tanto, foi utilizado o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 13.

3.2 Descrição dos dados da pesquisa

Foram utilizados para a pesquisa dados apresentados pelo Anuário da ANS, referente ao ano de 2008. Neste documento estão as OPS registradas junto à ANS em 2008, divididas em dois grandes segmentos: “médico-hospitalar” e “exclusivamente odontológico”. Para a pesquisa foram utilizadas as informações referentes apenas ao segmento médico-hospitalar, que conta com os seguintes quantitativos, divididos por modalidade de operadora:

- Administradoras: 11;
- Autogestão: 98;
- Cooperativas médicas: 311;
- Filantropia: 77;
- Medicina de grupo: 301;
- Seguradoras especializadas em saúde: 12;
- **Total: 810.**

Em vista do grande número de indicadores econômico-financeiros que consta no anuário, foram escolhidos quatro para serem trabalhados devido à sua relevância no contexto da pesquisa: o índice de endividamento, o índice de despesas assistenciais (ou sinistralidade), o índice de despesas administrativas e a liquidez corrente. A explicação de cada um desses índices é abordada abaixo:

- **Índice de endividamento:** Representado pela cálculo “**passivo circulante + passivo exigível a longo prazo / ativo total**”, onde o **passivo circulante** equivale a dívidas com vencimento em curto prazo ou vencidas, o **exigível a longo prazo** refere-se a dívidas de longo prazo, tais como financiamentos, enquanto que o **ativo total** é composto pelos ativos circulante, realizável a longo prazo, permanente, pendente (ou contingente) e pelas compensações (FRANCO, 1980). Este indicador permite avaliar o grau de

utilização dos recursos financeiros obtidos por uma empresa (BRAGA, 1987). Assim, quanto maior o índice, mais endividada a empresa está;

- **Índice de despesas assistenciais:** Também chamado de **índice de despesas médicas** ou **sinistralidade**, é representado pelo cálculo “**eventos indenizáveis líquidos / contraprestações efetivas**”, que mostra a relação entre o valor que é pago aos médicos referente à utilização dos planos pelos beneficiários e o valor que os mesmos pagam à OPS (ANS, 2009a), ou seja, a receita da empresa, que Assaf Neto (1998, p. 76) classifica como o “valor nominal total das vendas de bens ou serviços prestados pela empresa”. Quanto maior o índice, maior é a utilização dos serviços da OPS por parte dos beneficiários, sendo que o mercado considera aceitável uma sinistralidade que não ultrapasse 0,7;
- **Índice de despesas administrativas:** Expresso pelo cálculo “**despesas administrativas / contraprestações efetivas**”, mostra a relação entre as despesas administrativas, necessárias para gerir a empresa e referentes a gastos nos escritórios, tais como folha de pagamento, aluguel de escritório e material de expediente (IUDÍCIBUS, 1994) e a receita da empresa. Desta forma, quanto maior o índice de despesas administrativas, maior é o percentual das receitas destinado ao pagamento destas despesas;
- **Liquidez corrente:** Índice cujo cálculo é “**ativo circulante/passivo circulante**”, onde o **ativo circulante** compreende as aplicações disponíveis (como recursos em caixa e em bancos), contas a receber, estoques e outros bens e valores, como títulos imobiliários, e o **passivo circulante**, que corresponde às obrigações da empresa a serem pagas até o exercício seguinte (BRAGA, 1982). A liquidez corrente mostra quanto a empresa tem no ativo circulante para cada 1,00 do passivo circulante, sendo que quanto maior o índice, melhor (MATARAZZO, 1997).

A partir da avaliação destes indicadores, é possível ter um direcionamento sobre a saúde financeira das OPS avaliadas.

3.3 Análise e tratamento dos dados

O estudo buscou averiguar, por meio de correlações executadas no *software* SPSS, se existem correlações entre os indicadores econômico-financeiros em si e entre eles e a quantidade de beneficiários das OPS. Field (2009, p. 125) explica que a correlação “é uma medida do relacionamento linear entre variáveis”.

Assim, as variáveis em estudo podem estar “positivamente relacionadas” (quando o crescimento de uma corresponde ao crescimento de outra), “negativamente relacionadas” (quando o crescimento de uma corresponde ao decréscimo de outra) ou “não estar relacionadas de forma alguma” (quando o crescimento de uma independe do aumento ou diminuição de outra). (FIELD, 2009)

Para uma melhor visualização dos resultados, os cálculos foram feitos isoladamente para cada modalidade de operadora (com exceção das administradoras, visto que, das 11 OPS desta modalidade constantes no anuário ANS 2008, apenas 1 informou a quantidade dos seus beneficiários, o que inviabilizou a análise). Inicialmente foi feito um teste de normalidade das distribuições (tanto dos indicadores quanto da quantidade de beneficiários), para que se pudesse escolher o melhor método de correlação. Entende-se por uma distribuição normal ideal aquela em que os dados estejam distribuídos simetricamente em volta do centro de todos os escores, sendo a média desses valores igual a zero e o desvio padrão igual a um (FIELD, 2009).

3.3.1 Autogestão

Inicialmente foi feito o teste de Kolgomorov-Smirnov (K-S), que averiguou que todas as variáveis são anormalmente distribuídas (com exceção da sinistralidade), ou seja, tiveram sua significância $< 0,05$ no teste K-S. Para avaliações de correlação com distribuições não-paramétricas (como as que tem problemas de normalidade), Field (2009) explica que deve ser usado o teste de Spearman, cujo resultado está descrito na tabela abaixo:

Tabela 1 - Correlação das variáveis de autogestão

Variáveis	Indicador	Qte Benef.	Endivid.	Sinistral.	Desp. Admin	Liq. Corr.
Qt. Benef.	Correl.	1	0,430**	0,143	-0,058	-0,332**
	Sig	0	0,000	0,184	0,587	0,001
	N	94	93	88	89	93
Endivid.	Correl.	0,430**	1	-0,043	-0,072	-0,895**
	Sig	0,000	-	0,686	0,498	0,000
	N	93	96	89	90	96
Sinistral.	Correl.	0,143	-0,43	1	-0,234	0,078
	Sig	0,184	0,686	-	0,028	0,465
	N	88	89	89	89	89
Desp. Admin.	Correl.	-0,058	-0,072	-0,234*	1	0,045
	Sig	0,587	0,498	0,028	-	0,675
	N	89	90	89	90	90
Liq. Corrente	Correl.	-0,332**	-0,895**	0,078	0,045	1
	Sig	0,01	0,000	0,465	0,675	-
	N	93	96	89	90	97

* Correlação com significância nível 0,05.

** Correlação com significância nível 0,01.

Fonte: ANS (2009a) tratada em SPSS.

A análise dos dados da tabela 1 permitiu concluir que a quantidade de beneficiários está positivamente correlacionada ao índice de endividamento ($r = 0,43 / p < 0,01$, onde “r” é o resultado do teste de Spearman e “p” é significância do teste, ou seja, a probabilidade deste resultado ter ocorrido por acaso é de menos de 1%) e negativamente relacionada à liquidez corrente ($r = - 0,332 / p = 0,001$). Por outro lado, o índice de endividamento está negativamente relacionado à liquidez corrente ($r = - 0,895 / p < 0,001$) e a sinistralidade está negativamente relacionada ao índice de despesas administrativas ($r = - 0,234 / p < 0,05$).

3.3.2 Cooperativas médicas

O teste K-S comprovou que nenhuma das variáveis avaliadas é normalmente distribuída, sendo aplicado, desta forma, o teste de Spearman para avaliar a correlação entre as variáveis, de acordo com a tabela 2.

A tabela permite algumas conclusões. A quantidade de beneficiários está positivamente relacionada ao índice de endividamento ($r = 0,317 / p < 0,001$) e à sinistralidade ($r = 0,264 / p < 0,001$), estando negativamente relacionada ao índice de despesas administrativas ($r = - 0,532 / p < 0,001$) e à liquidez corrente ($r = - 0,263 / p < 0,001$).

Tabela 2 - Correlação das variáveis de cooperativas médicas

Variáveis	Indicador	Qte Benef.	Endivid.	Sinistral.	Desp. Admin	Liq. Corr.
Qt. Benef.	Correl.	1	0,317**	0,264**	-0,532**	-0,263**
	Sig	-	0	0	0	0
	N	310	310	306	308	310
Endivid.	Correl.	0,317**	1	0,245**	-0,121*	-0,565**
	Sig	0	-	0	0,034	0
	N	310	311	306	308	311
Sinistral.	Correl.	0,264**	0,245**	1	-0,422**	-0,154**
	Sig	0	0	-	0	0,007
	N	306	306	306	306	306
Desp. Admin.	Correl.	-0,532**	-0,121*	-0,422**	1	0,121*
	Sig	0	0,034	0	-	0,034
	N	308	308	308	308	308
Liq. Corrente	Correl.	-0,263**	-0,565**	-0,154**	0,121*	1
	Sig	0	0	0,007	0,034	-
	N	310	311	306	308	311

* Correlação com significância nível 0,05.

** Correlação com significância nível 0,01.

Fonte: ANS (2009a) tratada em SPSS.

Por outro lado, o índice de endividamento está positivamente relacionado à sinistralidade ($r = 0,245 / p < 0,001$) e negativamente relacionado com o índice de despesas administrativas ($r = - 0,121 / p < 0,05$) e à liquidez corrente ($r = - 0,565 / p < 0,01$).

Finalmente, a sinistralidade está negativamente relacionada ao índice de despesas administrativas ($r = - 0,422 / p < 0,001$) e à liquidez corrente ($r = - 0,154 / p < 0,05$) e o índice de despesas administrativas está positivamente relacionado à liquidez corrente ($r = 0,121 / p < 0,05$).

3.3.3 Filantropia

O teste K-S comprovou que nenhuma das variáveis avaliadas é normalmente distribuída, sendo aplicado, desta forma, o teste de Spearman para avaliar a correlação entre as variáveis, de acordo com a tabela 3.

Analisando os dados da tabela 3, é possível asseverar que a quantidade de beneficiários está negativamente relacionada ao índice de despesas administrativas ($r = - 0,385 / p = 0,001$), assim como pontuar o fato de o índice de endividamento está negativamente relacionado à liquidez corrente ($r = - 0,737 / p < 0,001$). Complementarmente, a sinistrali-

dade está negativamente relacionada ao índice de despesas administrativas ($r = -0,47 / p < 0,001$).

Tabela 3 - Correlação das variáveis de filantropia.

Variáveis	Indicador	Qte Benef.	Endivid.	Sinistral.	Desp. Admin.	Liq. Corr.
Qt. Benef.	Correl.	1	0,107	0,116	-0,385*	-0,135
	Sig	-	0,356	0,327	0,001	0,244
	N	76	76	74	75	76
Endivid.	Correl.	0,107	1	0,176	-0,41	-0,737*
	Sig	0,356	-	0,13	0,723	0
	N	76	77	75	76	77
Sinistral.	Correl.	0,116	0,176	1	-0,47*	-0,161
	Sig	0,327	0,13	-	0	0,167
	N	74	75	75	75	75
Desp. Admin.	Correl.	-0,385*	-0,41	-0,47*	1	0,036
	Sig	0,001	0,723	0	-	0,758
	N	75	76	75	76	76
Liq. Corrente	Correl.	-0,135	-0,737*	-0,161	0,036	1
	Sig	0,244	0	0,167	0,758	-
	N	76	77	75	76	77

* Correlação com significância nível 0,01.

Fonte: ANS (2009a) tratada em SPSS.

3.3.4 Medicina de grupo

O teste K-S comprovou que nenhuma das variáveis avaliadas é normalmente distribuída, sendo aplicado, desta forma, o teste de Spearman para avaliar a correlação entre as variáveis, de acordo com a tabela 4.

Tabela 4 - Correlação das variáveis de medicina de grupo.

Variáveis	Indicador	Qte Benef.	Endivid.	Sinistral.	Desp. Admin.	Liq. Corr.
Qt. Benef.	Correl.	1	0,37*	0,359*	-0,536*	-0,181*
	Sig	-	0	0	0	0,002
	N	285	284	278	280	284
Endivid.	Correl.	0,37*	1	0,199*	-0,19*	-0,533*
	Sig	0	-	0,001	0,001	0
	N	284	295	280	283	294
Sinistral.	Correl.	0,359*	0,199*	1	-0,641*	-0,097
	Sig	0	0,001	-	0	0,108
	N	278	280	280	279	279
Desp. Admin.	Correl.	-0,536*	-0,19*	-0,641*	1	-0,45
	Sig	0	0,001	0	-	0,451
	N	280	283	279	284	283
Liq. Corrente	Correl.	-0,181*	-0,533*	-0,097	-0,045	1
	Sig	0,002	0	0,108	0,451	-
	N	284	294	279	283	298

* Correlação com significância nível 0,01.

Fonte: ANS (2009a) tratada em SPSS, v. 13.

A tabela 4 permite inferir que a quantidade de beneficiários está positivamente relacionada ao índice de endividamento ($r = 0,37 / p < 0,001$) e à sinistralidade ($r = 0,359 / p < 0,001$), estando negativamente relacionada ao índice de despesas administrativas ($r = -0,536 / p < 0,001$) e à liquidez corrente ($r = -0,181 / p < 0,01$).

Igualmente, o índice de endividamento está positivamente relacionado à sinistralidade ($r = 0,199 / p < 0,001$) e negativamente relacionado ao índice de despesas administrativas ($r = -0,19 / p = 0,05$) e à liquidez corrente ($r = -0,533 / p < 0,01$). Por seu turno, a sinistralidade está negativamente relacionada ao índice de despesas administrativas ($r = -0,641 / p < 0,001$).

3.3.5 Seguradoras

O teste K-S comprovou que nenhuma das variáveis avaliadas é normalmente distribuída (exceto o índice de endividamento e índice de despesas administrativas). Todavia, por se tratar de uma distribuição pequena se comparada com as demais (apenas 12 OPS's), foi utilizado para a avaliação da correlação o método do Tau de Kendall, indicado para pequenas distribuições com variáveis de valores aproximado, de acordo com a tabela 4:

Tabela 5 - Correlação das variáveis de seguradoras.

Variáveis	Indicador	Qte Benef.	Endivid.	Sinistral.	Desp. Admin.	Liq. Corr.
Qt. Benef.	Correl.	1	0,424	-0,412	0,047	0,121
	Sig	-	0,055	0,063	0,835	0,583
	N	12	12	12	12	12
Endivid.	Correl.	0,424	1	-0,229	0,079	0,273
	Sig	0,055	-	0,303	0,728	0,217
	N	12	12	12	12	12
Sinistral.	Correl.	-0,412	-0,299	1	-0,349	0,015
	Sig	0,063	0,303	-	0,125	0,945
	N	12	12	12	12	12
Desp. Admin.	Correl.	0,047	0,079	-0,349	1	-0,142
	Sig	0,835	0,728	0,125	-	0,532
	N	12	12	12	12	12
Liq. Corrente	Correl.	0,121	0,273	0,015	-0,142	1
	Sig	0,583	0,217	0,945	0,532	-
	N	12	12	12	12	12

Fonte: ANS (2009a) tratada em SPSS, v. 13.

A tabela 5 demonstra não haver correlações estatisticamente significativas entre os indicadores quantidade de beneficiários, endividamento, sinistralidade, despesas administrativas e liquidez corrente para as seguradoras.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a avaliação dos resultados, percebe-se que as modalidades de cooperativas médicas e medicina de grupo são as que possuem maiores correlações entre as variáveis avaliadas, muito pelo fato de serem os tipos com maior volume de participantes na pesquisa. Esse fator leva a admitir que as OPS enquadradas nestas categorias possuem maiores semelhanças no comportamento dos seus indicadores econômico-financeiros.

Interessante reparar que em todos os casos analisados (exceto autogestão) houve uma correlação negativa entre a quantidade de beneficiários e o índice de despesas administrativas, o que pode significar que as empresas de maior porte conseguem manter suas despesas de administração em um nível mais baixo do que as que possuem menos clientes, o que vai de acordo com a hipótese de Saito, Schiozer e Saito (2007), que diz que a saúde financeira das OPS está positivamente relacionada ao seu porte.

Em termos contábeis, esse entendimento parece correto, uma vez que os custos administrativos variam linearmente conforme as receitas, mas as despesas não. Estas tendem a perseguir uma linha de crescimento até atingir um auge, a partir do qual seu crescimento linear dá lugar a um crescimento marginal. Em conglomerados maiores, a escala e o volume de beneficiários acelera o atingimento desse ponto de corte das despesas.

Da mesma forma, com exceção das seguradoras, todas as OPS apresentaram uma relação positiva entre o índice de endividamento e a liquidez corrente, atestando que quanto mais uma empresa deve, menor é a sua solvência. Certamente, é necessária uma análise posterior para compreender os motivos que

levam as seguradoras a não seguir esse padrão de comportamento, no intuito de descobrir se houve falhas na pesquisa ou verificar se o evento se repete, levantando pressupostos e realizando mais testes.

Também foi possível perceber uma relação negativa entre a sinistralidade e o índice de despesas administrativas, o que mostra que as despesas com atividades-fim da empresa são inversamente proporcionais às despesas com atividades-meio. Esse é um índice mais difícil de compreender, o esperado é que não houvesse relação estatística significativa entre esses índices.

Novamente, a sinistralidade influencia os custos e não as despesas, o que explica não haver correlacionamento positivo. Porém, o fato de existir uma relação negativa indica que há uma relação proporcional negativa, isto é, o aumento de um dos índices implica na queda do outro. Aqui também surge a necessidade de revisão de dados e estudos futuros com fins de explicação e aprofundamento do tema.

Nos casos das autogestões, cooperativas médicas e medicina de grupo, verificou-se uma correlação negativa entre número de beneficiários e liquidez corrente. Esse resultado leva ao pressuposto de que operações maiores apresentam menores índices de liquidez corrente, ou seja, a razão entre os bens e direitos de um exercício e as obrigações dentro do exercício são menores, assim são operações onde o equilíbrio bens-direitos/dívidas é mais apertado.

No caso da correlação entre número de beneficiários e endividamento, já surgem resultados que indicam correlação positiva. Dessa forma, operações maiores também tendem a possuir maiores índices de endividamento. O endividamento é um indicador que leva em conta todo o universo da operação e não apenas um exercício. Assim, esse resultado ratifica o anterior, mas amplia sua extensão temporal.

É importante salientar que isso não significa que os resultados das OPS sejam negativos, ou seja, liquidez corrente menor que 1 e endividamento maior que 1 (passivo a descoberto) e sim que operações menores têm esses índices em melhor estado.

Outro resultado esperado seria uma correlação positiva entre número de beneficiários e sinistralidade, uma vez que parece normal que quanto mais segurados existam, maior a frequência de uso dos serviços das operadoras. De fato, a relação foi positiva em todos os casos, mas a significância estatística apareceu apenas para as cooperativas e medicina de grupo, o que pode ser explicado pelo pequeno volume de participantes dos demais tipos de OPS quando comparados a estes. Pequenos números amostrais têm mais dificuldade de conseguir resultados significativos em testes estatísticos.

Em suma, é possível afirmar que esse trabalho de cunho exploratório possibilitou encontrar relações interessantes para o contexto pesquisado, porém carece de trabalhos posteriores que se aprofundem no campo dos relacionamentos encontrados, utilizando-se de aportes teóricos específicos e comparações com trabalhos similares.

De outra forma, também são necessárias metodologias quantitativas mais aprofundadas para compreender a direção desses relacionamentos tais como o uso de modelagem de equações estruturais.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. M. Integração vertical nas operadoras da assistência médica privada. In.: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006, Salvador. **Anais...** Rio de Janeiro: Anpad, 2006.
- ANS. **Anuário estatístico da saúde suplementar**. Rio de Janeiro: 2009a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/anuario_2008.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2009.
- _____. **Caderno de informação da saúde suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: 2009b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoess/caderno_informaca_09_2009.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2009.
- ASSAF NETO, A. **Estrutura e análise de balanços**: um enfoque econômico-financeiro. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- BRAGA, H. R. **Análise das demonstrações financeiras**: uma iniciação. 2 ed. São Paulo: Atlas 1982.
- _____. **Demonstrações financeiras**: estrutura, análise e interpretação. São Paulo: Atlas, 1987.
- BRASIL Constituição (1988). **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.
- _____. **Lei 9.656**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: Senado, 1998.
- CECHIN, J. **A história e os desafios da saúde suplementar**: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva, 2008;
- COSTA, N. R.; CASTRO, A. J. W. O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil. In.: MONTONE, J; CASTRO, A. J. W. (Orgs.). **Regulação e saúde**: documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. v. 3. tomo 1.
- DERENGOWSKY, M. G. Nota Introdutória sobre estrutura de mercado, concentração e mercados relevantes. In.: MONTONE, J; CASTRO, A. J. (Orgs.). **Regulação e saúde**: documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. v. 3. tomo 1.
- FIELD, A. **Descobrendo a estatística usando o SPSS**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FRANCO, H. **Estrutura, análise e interpretação de balanços**. 14 ed. São Paulo: Atlas, 1980.
- GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun. 1995.
- IUDÍCIBUS, S. **Análise de balanços**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- MARINHO, F.; MAC-ALLISTER, M. Distribuição espacial dos serviços de saúde para as organizações prestadoras privadas. In.: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 29., 2005, Brasília. **Anais...** Rio de Janeiro: Anpad, 2005.
- MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2007.
- MATARAZZO, D. C. **Análise financeira de balanços**: abordagem básica e gerencial. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1997.
- PINTO, L. F. O setor de saúde suplementar: acesso e cobertura populacional. In.: MONTONE, J; CASTRO, A. J. W. (Org.). **Regulação e saúde**: documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. v. 3. tomo 1.
- PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde na regulação do setor. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.
- RODRIGUES, D. L. J. **Planos de saúde**. São Paulo: Ícone, 2008.
- SATO, F. R. L. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de

Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **RAP**. v. 41, n. 1, p. 49-62, jan./fev. 2007.

SAITO, R; SCHIOZER, R. F.; SAITO, C. C. Situação financeira e satisfação do consumidor das operadoras de planos de saúde suplementar no Brasil. In.: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PÊSQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 31., 2005, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Anpad, 2007.

SOARES, M. A.; THÓPHILO, C. R.; CORRAR, L. J. Avaliação de indicadores econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileiras: uma aplicação da análise fatorial. In.: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 33., 2009, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: Anpad, 2009.

UNIDAS. **Autogestão em saúde no Brasil 1980-2005:** história da organização e consolidação do setor. São Paulo: 2005.