

IMPACTO DA COVID-19 NA SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

IMPACT OF COVID-19 ON THE FINANCIAL SUSTAINABILITY OF HEALTH PLAN OPERATORS IN BRAZIL

Marcio Luiz Onida de Araujo ¹

Eduardo Cambiriba França ²

Fabiana Lopes da Silva ³

Marta Cristina Pelucio Grecco ⁴

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto financeiro da COVID-19 nas Operadoras de planos de Saúde no Brasil, por meio das análises dos indicadores de resultado operacional, liquidez e estrutura de capital. Para tanto, foram analisadas 650 operadoras em 2019 e 644 operadoras em 2020, autorizadas a operar nas modalidades Autogestão, Cooperativa Médica, Medicina de Grupo e Seguradora especializada. A partir das análises efetuadas, pode-se observar um crescimento médio significativo das operadoras em 2020. O resultado operacional no ano da pandemia do segmento de Saúde Suplementar alcançou o montante de R\$ 20,5 Bilhões em 2020, um crescimento de 75,75% quando comparado com o ano anterior de 2019 que foi de R\$ 11,6 Bilhões. No que tange aos indicadores de liquidez corrente, aumentou de 2,5% em 2019, para 15,5% em 2020, quanto que a liquidez geral também seguiu com crescimento de 3% em 2019 para 5,4% em 2020. Para a estrutura de capital, foram verificados um crescimento na participação do Capital Próprio. Pode-se concluir que o mercado vem obtendo resultados significativos, reduzindo o seu endividamento com a geração de caixa, e que apesar do período de pandemia mundial, o segmento de saúde no Brasil tem se beneficiado por esse momento.

Palavras-chave: Práticas Contábeis, ANS, Pandemia, Empresas de Saúde

ABSTRACT

The objective of this study was to assess the financial impact of COVID-19 on Health Plan Operators in Brazil, through the analysis of operating result, liquidity and capital structure

1 Mestrando em Controladoria e Finanças na Faculdade Fipecafi. E-mail: monida@amil.com.br

2 Mestrando em Controladoria e Finanças na Faculdade Fipecafi. E-mail: efranca@uhgbrasil.com.br

3 Doutora em Controladoria e Contabilidade pela Universidade de São Paulo. Professora da Faculdade Fipecafi e da PUC-SP. E-mail: lopessilva.fabiana@gmail.com / <https://orcid.org/0000-0001-8708-550X>

4 Doutora em Administração de Empresas pela Universidade Mackenzie e Professora da Faculdade Fipecafi marta.pelucio@fipecafi.org

Redeca, v.9, 2022, e58519.

DOI: 10.23925/2446-9513.2022v9id58519





indicators. For this purpose, 644 operators were analyzed in 2019 and 650 operators in 2020, authorized to operate in the Self-Management, Medical Cooperative, Group Medicine and Specialized Insurance modalities. From the analyzes carried out, a significant average growth of the operators in 2020 can be observed. The operating result in the year of the pandemic of the Supplementary Health segment reached the amount of R\$ 20.5 billion in 2020, an increase of 75.75 % when compared to the previous year of 2019, which was BRL 11.6 billion. With regard to current liquidity indicators, it increased from 2.5% in 2019 to 15.5% in 2020, while general liquidity also continued to grow from 3% in 2019 to 5.4% in 2020. For the capital structure, there was an increase in the participation of Equity. It can be concluded that the market has been obtaining significant results, reducing its indebtedness with the generation of cash, and that despite the period of world pandemic, the health segment in Brazil has benefited from this moment.

Keywords: Accounting Practices, ANS, Pandemic, Health Companies



1. Introdução

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.

Entretanto, a saúde pública no Brasil carece de atenção e financiamento adequado para a garantia de atendimento essencial a população. Nesse contexto, emerge a importância do sistema de saúde suplementar, que tem ganhado destaque nos últimos anos.

Passada a primeira década do século XXI, os planos e seguros privados de assistência à saúde (doravante planos de saúde) configuram no Brasil, segundo a agência reguladora federal responsável pelo setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar. A despeito da validade da denominação desse mercado como sistema de saúde e da posição em que o Brasil ocupa no ranking mundial, a afirmativa da ANS remete à 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 25% da população, e de seu faturamento anual, próximo ao do orçamento federal para a saúde pública.

A estrutura dos sistemas de saúde de diversos países se caracteriza pela coexistência da atuação pública e privada, com os mais variados arranjos de financiamento e provisão de serviços. No caso brasileiro, esse formato híbrido foi sendo delineado ao longo do século XX e, na Constituição Federal de 1988, ele foi positivado (Santos & Borges, 2013); (Antonio, 2018); (Gerschman, 2008), confirmando-se a possibilidade de que empresas privadas ofereçam, mediante o pagamento de contraprestações pecuniárias, coberturas similares às garantidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, um sistema público de acesso universal. (Santos & Borges et al, 2013; Antonio, 2018).

Antes da regulamentação do setor de planos de saúde, através da Lei nº 9.656/98, o mercado de saúde suplementar brasileiro, sempre foi marcado por inúmeros conflitos decorrentes da assimetria informacional entre os agentes e da não-confluência de seus interesses, no qual o foco nas demonstrações financeiras das operadoras de planos de saúde, era totalmente voltada para uma contabilidade com cuidados tributários.

Desde 2000, o setor opera sob a intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável por sua regulação assistencial, administrativa e econômica (Costa et al. apud Mascarenhas, 2007). Durante esse período, muitas mudanças em termo de controle e acompanhamento das situações econômicas-financeiras foram implementadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Dentre essas implementações, pode-se destacar as novas práticas contábeis introduzidas pela Lei 11.638/07, pela Lei 11.941/09 e pelos pronunciamentos e orientações emitidos pelo CPC incluem mudanças na estrutura das demonstrações contábeis e nas avaliações patrimoniais. As novas normas internacionais IFRS, vieram fortalecer a padronização e comparabilidade das demonstrações financeiras das operadoras de planos de saúde.

O setor de saúde no Brasil sofre com a variação do custo médico hospitalar que cresce em proporções de 17% ao ano, enquanto nos Estados Unidos 6%, França 4,5%, United Kingdom 8%, Chile 6% e México 10,3% ao ano, conforme aponta IESE (2018), que representa a inflação dos custos hospitalares no país, custo este que também representa a dificuldade do

cidadão em manter um pano de saúde, haja visto que a inflação e o salário não acompanham as variações na mesma proporção.

Diante desse cenário, o presente estudo busca responder a seguinte questão de pesquisa: Qual é o impacto financeiro da Covid-19 nas Operadoras de planos de Saúde no Brasil?

Para responder à questão de pesquisa o objetivo do artigo é avaliar o impacto financeiro da COVID-19 nas Operadoras de planos de Saúde no Brasil por meio da análise da variação dos indicadores de resultado operacional, liquidez e estrutura de capital entre 2019 e 2020.

A relevância deste estudo se caracteriza pelo fato de que, embora existam outras pesquisas que buscam analisar o impacto no resultado e no patrimônio das operadoras de saúde, bem como análise de seu endividamento, ainda há inúmeras possibilidades de estudos que, por exemplo, avalie os diferentes impactos em cada classe de negócio e a evolução deste setor tão carente, escasso e essencial para o combate a crise sanitária.

A contribuição deste estudo consiste no esclarecimento dos impactos da COVID-19 nas demonstrações financeiras das Operadoras de planos de saúde, para auxiliar aos profissionais que atuam nesse segmento, seja do lado provedor ou do lado tomador de serviços uma melhor compreensão dos fatos, reajustes e margens do negócio.

2. Referencial teórico

2.1 Teoria Econômica da Regulação

Segundo Santos e Pinto (2017), a intervenção do Estado com o objetivo de monitorar e corrigir rumos na condução de políticas públicas é a essência da regulação. A regulação estatal na economia pode ser definida como (Aragão, 2013):

A regulação estatal da economia como o conjunto de medidas legislativas, administrativas, convencionais, materiais ou econômicas, abstratas ou concretas, pelas quais o estado, de maneira restritiva da autonomia empresarial ou meramente indutiva, determina, controla ou influencia o comportamento dos agentes econômicos, evitando que lesem os interesses sociais definidos no marco da Constituição e os orientando em direções socialmente desejáveis (Aragão, 2013).

Sob a ótica econômica, 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, estabelecidos politicamente (Souza, 2014).

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 prestação de contas, transparência, delimitação precisa de competência e excelência técnica (FGV, 2017).

Na visão de Rodrigues (2019), normalmente uma das razões atribuídas para regular é a existência de falhas de mercado, quanto a assimetria de informação, que aumenta o custo total do negócio e gera ineficiência.

Campos (2009) afirma que a “regulação, em uma visão mais restritiva, visaria exclusivamente garantir o equilíbrio do mercado, coibindo práticas distorcidas dos agentes econômicos”. Por outro lado, o referido autor ainda comenta que em uma visão mais ampla, a regulação deveria “atuar na manutenção do funcionamento do mercado, bem assim buscando introduzir objetivos de ordem geral que não seriam alcançados exclusivamente pela iniciativa privada”.

Toda a regulação de mercado tem como uma das suas metas o monitoramento e a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro dos agentes regulados. A motivação para isso está no fato de que as empresas reguladas saudáveis sob esse ponto de vista podem contribuir para o aperfeiçoamento do mercado em que estão inseridas de várias formas (ANS, 2004).

Sob diferentes ângulos, o controle econômico-financeiro tem seu espaço garantido em quaisquer mercados regulados, inclusive na saúde suplementar. Porém, as OPS (Operadoras de Planos de Saúde) lidam com um bem: a saúde dos beneficiários, que não pode sofrer quaisquer tipos de descontinuidade sob pena de dano irreversível ao usuário desse serviço (ANS, 2004).

2.2 Estrutura dos Indicadores Financeiros

Para avaliar o desempenho e a solidez de empresas, deverão ser selecionados indicadores que permitam conhecê-los em cada período. Silva (2010, p. 9) corrobora expondo que a análise financeira sempre esteve ligada à necessidade de identificação da solidez e desempenho das empresas. Os índices financeiros são utilizados para aferir o desempenho das empresas, seja relacionando-os com os indicadores apurados em períodos passados ou com valores apresentados por outras empresas em um mesmo setor e atividade (Assaf Neto, 2010).

Diante desse contexto e das peculiaridades do setor de saúde suplementar, os indicadores utilizados para o adequado controle econômico-financeiro das operadoras estão divididos em quatro tipos:

- Indicadores de Liquidez;
- Indicadores de Estrutura de Capital;
- Indicador de Rentabilidade; e
- Indicadores de Custos Assistenciais.

Controle de liquidez representa o instrumento para mensurar a capacidade da operadora em honrar seus compromissos de curto e longo prazo, respectivamente, tem-se os indicadores de liquidez corrente e liquidez geral.

A estrutura de capital, representa o monitoramento do grau de endividamento, o nível de imobilização, bem como avalia a capacidade financeira da operadora. Dependência do capital de terceiros ou de venda de ativos permanentes implicam de forma indireta em uma baixa liquidez.

O indicador de rentabilidade expressa a atratividade financeira do setor, indicando se os riscos incorridos na operação estão sendo adequadamente remunerados. Caso contrário, haverá dificuldades na obtenção de financiamentos e aportes de capital por parte de investidores.

Diversos autores têm realizado estudos acerca dos índices e indicadores de desempenho, procurando explicitar sua importância e utilização em diversos temas e áreas. Ao estudar esses índices contábeis, Nunes (2010) verificou a possibilidade de haver diferenças entre as empresas sustentáveis com relação à empresas semelhantes consideradas não sustentáveis. Os índices foram divididos nas categorias de risco e retorno e seus resultados indicaram que não existem diferenças captadas pelos indicadores contábeis entre os dois tipos de sociedade.

No setor de saúde suplementar no Brasil, Soares (2006) analisou os indicadores de avaliação de desempenho e verificou que os indicadores financeiros são relevantes para avaliar e classificar o desempenho das empresas do setor, também considera que esses indicadores possuem relevância na avaliação e no desempenho dessas empresas.

Ainda em relação aos indicadores de desempenho, Anuatti-Neto et al (2005) analisaram o efeito da privatização sobre as empresas privatizadas no Brasil, na qual foram examinados indicadores de desempenho para capturar os efeitos da privatização sobre o desempenho dessas empresas, cujos resultados evidenciaram um aumento na lucratividade e na eficiência operacional após a privatização.

2.3 Medidas para o setor de plano de saúde no combate ao Coronavírus

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), definiu em março de 2020, ações para flexibilizar normativas econômicas-financeiras e adotar medidas regulatórias temporárias no âmbito da fiscalização, com intuito de minimizar os impactos da pandemia na saúde suplementar, permitindo que as operadoras de planos de saúde respondam de maneira mais efetiva às prioridades assistenciais deflagradas pela COVID-19.

Tais medidas, denominadas de Flexibilização de Normas Prudenciais, foram divididas em duas ações, expostas a seguir:

(i) Antecipação do congelamento de exigências de capital (Margem de Solvência)

A ANS decidiu antecipar os efeitos do congelamento da margem de solvência para as operadoras que manifestem a opção pela adoção antecipada do capital baseado em riscos (CBR). Assim, para as operadoras que se encontram em constituição escalonada (exigência crescente a cada mês), a margem de solvência será estabilizada e em percentual fixo de 75%. Para as operadoras que manifestarem essa opção até 30/05/2020, os efeitos do congelamento da margem de solvência serão 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 apontam uma redução de aproximadamente 1 bilhão de reais da quantia exigida para todo o setor, utilizando como referência as projeções para o mês de dezembro/2019.

(ii) 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, fica adiada também a

exigência de constituição de ativos garantidores, recursos que as operadoras necessitam manter para garantir em mesma proporção essas novas provisões de passivo.

Estudo técnicos realizados pela 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 1,7 bilhão de reais, que poderão ser utilizados pelas operadoras para outros fins (ANS, 2020).

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

Renegociação de contratos: a operadora deverá 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 deverá se comprometer 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 deve atingir todos os prestadores de serviços de saúde integrantes de sua rede assistencial, independentemente de sua qualificação como contratados, referenciados ou credenciados. (ANS, 2020).

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 seja colocada em risco.

Outra medida de flexibilização da ANS (2020), está associada a concessão de incentivos regulatórios a operadoras, onde foram destacadas as seguintes ações:

- (i) **Retirada de exigência de ativos garantidores de Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL-SUS):** A operadora fica desobrigada de manter ativos garantidores relativos aos valores devidos a título de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (PESL SUS) no período que vai da data de assinatura do termo de compromisso até 31/12/2020. A medida visa ampliar a liquidez das operadoras, liberando recursos financeiros que poderão ser utilizados para fazer frente a eventual aumento da demanda por atendimento médico ou índices de inadimplência. Com essa medida, há a previsão de redução imediata de R\$ 1,4 bilhão de exigências de ativos para as operadoras que atuam no setor.
- (ii) **Possibilidade de movimentar os ativos garantidores em montante equivalente à Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA):** Será retirada a exigência de vinculação dos ativos garantidores na proporção equivalente à PEONA contabilizada, o que permitirá às operadoras uma gestão mais proativa dos seus ativos financeiros. Assim, será 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 as provisões técnicas, vinculando-os conforme previsto no art. 3º da referida RN. Neste sentido, estima-se um impacto de R\$ 10,5 bilhões em PEONA.

- (iii) **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 permite uma resposta mais rápida às necessidades financeiras dessas empresas, oportunizando equiparação das regras com os demais agentes do setor. Dessa forma, há a previsão de redução imediata de aproximadamente R\$ 2,7 bilhões para as nove seguradoras que atuam no setor com alto nível de capitalização e que concentram uma parcela expressiva de beneficiários no setor, além de outros R\$ 0,2 bilhão para as demais operadoras contempladas.

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 seus efeitos negativos”.

3. Método de Pesquisa

O presente estudo adota estratégia metodológica descritiva quanto aos objetivos, por meio da análise do fenômeno dos resultados obtidos nas OPS, e procedimentos *archival* através das demonstrações financeiras publicadas pela ANS no painel contábil da saúde suplementar. Para tanto, tem-se 650 operadoras em 2019 e, 644 operadoras em 2020 autorizadas a operar nas modalidades Autogestão 2019 (120) e 2020 (117), Cooperativa Médica 2019 (277) e 2020 (276), Medicina de Grupo 2019 (244) e 2020 (243) e Seguradora especializada 2019 (9) e 2020 (8).

A pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa e quantitativa, considerando que foram utilizadas as bases de dados para responder o problema de pesquisa.

A coleta de dados considerou a extração consolidada das posições patrimoniais de dados das OPS, independentemente da modalidade, tais como: medicina de grupo, cooperativa, seguradora especializada, administradora ou autogestão, contendo informações de balanço patrimonial e demonstrativo de resultado do exercício dos períodos de 2019 e 2020.

No que se refere aos índices utilizados na análise, estes visam evidenciar aspectos financeiros das empresas. Segundo Matarazzo (1998), o importante não é uma quantidade grande de índices, mas um conjunto que permita conhecer a situação da empresa e conforme o grau de profundidade que se deseja conhecer. Inicialmente foram selecionados seis indicadores para análise da consolidação de informação das operadoras de planos de saúde, que evidenciam a situação financeira do mercado de saúde suplementar no Brasil e se dividem em indicadores de rentabilidade, liquidez e estrutura de capital.

Conforme destaca Silva (2014), a análise das demonstrações financeiras “consiste na coleta de dados constantes nas respectivas demonstrações, com vistas à apuração de indicadores que permitem avaliar a capacidade de solvência (situação financeira), conhecer a estrutura patrimonial (situação patrimonial) e descobrir a potencialidade da entidade em gerar bons resultados (situação econômica)”. A análise horizontal pode ser caracterizada como a

avaliação dos demonstrativos contábeis ao longo do tempo, enquanto a análise vertical analisa a participação de cada item em relação ao total, conforme Assaf (2012).

Os indicadores de liquidez demonstram o cenário financeiro em relação aos seus compromissos também financeiros. De acordo com Silva (2014), a análise da liquidez é ferramenta necessária para avaliar o nível de insolvência da companhia. Os indicadores de estrutura de capital explicitam a divisão do capital entre próprio e de terceiros, de modo que estão relacionados às decisões de investimento e financiamento. Os indicadores de rentabilidade evidenciam o lucro da companhia em relação aos custos e despesas incorridos na busca por esse lucro.

As Tabelas 1 e 2 apresentam os principais indicadores financeiros adotados:

Tabela 1
Indicadores de Liquidez

Indicador	Composição	Funcionalidade	Resultado
Liquidez Geral	$\frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a longo prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a longo prazo}}$	Item de liquidez imediata, tanto curto, como longo prazo, revelando a capacidade de pagamento de todos os seus compromissos	Acima de 1, sendo considerado normal 1,5
Liquidez Corrente	$\frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$	Capacidade de pagamento de dívidas a curto prazo	

Tabela 2
Indicadores de Estrutura de Capital

Participação de Capital de Terceiros (endividamento)	$\frac{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}{\text{Passivo Total}} \times 100$
Participação de Capital Próprio	$\frac{\text{Patrimônio Líquido}}{\text{Passivo Total}} \times 100$

Serão também analisados indicadores específicos do setor, a saber: margem líquida, sinistralidade, comercialização, índice combinado, índice combinado ampliado e despesas administrativas.

A partir dos indicadores selecionados, serão analisadas as operadoras pertencentes aos segmentos (autogestão, cooperativa médica, medicina de grupo e seguradoras) no período de 2019 e 2020.

4. Análise dos Resultados

Os indicadores de rentabilidade, liquidez, estrutura de capital e outros indicadores específicos, foram calculados para cada tipo de Modalidade de Operadoras de planos de Saúde nos anos de 2019 e 2020.

Com base nos resultados apresentados na Tabela 3, pode-se observar que todas as modalidades de operadoras, com exceção das seguradoras especializadas, obtiveram resultados consistentes em 2020, quando comparado com 2019, mesmo enfrentando o período de pandemia da COVID-19.

A margem líquida para as modalidades de Cooperativa Médica e Medicina de Grupo aumentaram cerca de 100% quando comparado ao ano de 2019. Já a redução da margem líquida está concentrada na modalidade de seguradora especializada, que obteve um resultado de -17%. Um dos fatores que contribuiu para o crescimento desses indicadores de rentabilidade está associado a redução da sinistralidade, lembrando que a sinistralidade é a relação de seus eventos/sinistros sobre as contraprestações/prêmios das OPS.

Uma das normas determinadas pelos órgãos competentes para o combate a pandemia, foi o isolamento social, tal medida provocou uma redução na busca de atendimento médico, que consequentemente reduziu os custos assistenciais das OPS. Esse indicador de sinistralidade, obteve variações de até 11,4 pontos percentuais (Autogestão), 8,2 pp (Cooperativas Médicas), 7,8 pp (Medicina de Grupo) e apenas 2,1 pp (seguradora especializada), quando comparado com 2019.

Para os demais indicadores demonstrados na Tabela 3, tais como índice combinado, índice combinado ampliado, apresentaram reduções em todas as modalidades decorrente da redução do custo assistencial dessas operadoras.

Quanto ao índice de despesas de comercialização e índice de despesas administrativas, não foram constatadas grandes variações em todas as modalidades. Destaca-se que nas seguradoras especializadas, as despesas de comercialização e despesas administrativas, aumentaram, respectivamente, em 0,3 pontos percentuais e 0,5 pontos percentuais quando comparada com o ano de 2019.

Tabela 3

Indicadores

Indicadores	Autogestão		Cooperativa Médica		Medicina de Grupo		Seguradora Especializada	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Margem Líquida	14,8%	15,2%	3,3%	7,6%	3,3%	6,4%	6,4%	5,3%
Sinistralidade	88,7%	77,3%	81,5%	73,4%	79,5%	71,7%	83,5%	81,4%
Comercialização	0,0%	0,0%	1,5%	1,6%	3,5%	3,6%	5,5%	5,8%
Índice Combinado	1,04	0,92	1,04	0,95	0,97	0,89	0,96	0,96
Índice Combinado Ampliado	0,89	0,82	1,01	0,94	0,95	0,88	0,91	0,91
Administrativa	8,9%	8,5%	10,5%	10,0%	10,6%	10,6%	5,1%	5,6%

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados da ANS

Quanto aos indicadores de estrutura de capital apresentados na Tabela 4, pode-se verificar que no transcorrer dos períodos analisados (2019 e 2020), a participação do Capital Próprio das Operadoras de planos de Saúde tem demonstrado uma alavancagem positivo para todas as modalidades, com exceção apenas para as seguradoras especializada, que obtiveram uma redução de 3,1 pontos percentuais no ano de 2020, evidenciando que as operadoras de uma

forma geral, conseguem utilizar o recurso que está gerando para o seu crescimento e geração de seu fluxo de caixa.

Quanto a participação do Capital de Terceiros, os números mostram que todas as modalidades de operadora reduziram suas dívidas em média de 6,8 pontos percentuais, quanto que a seguradora especializada, na contramão das demais modalidades, aumentou seu endividamento em 3,1 pontos percentuais no ano de 2020, quando comparado com o mesmo período de 2019.

Tabela 4
Indicadores - estrutura de capital

Indicadores	Autogestão		Cooperativa Médica		Medicina de Grupo		Seguradora Especializada	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Capital Próprio	69,5%	74,9%	39,5%	45,0%	57,8%	60,4%	47,0%	43,9%
Capital de Terceiros	30,5%	25,1%	60,5%	55,0%	42,2%	39,6%	53,0%	56,1%

Fonte: Dados ANS, elaborado pelos autores

Tabela 5
Indicadores Liquidez

Indicadores	Autogestão		Cooperativa Médica		Medicina de Grupo		Seguradora Especializada	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Corrente	3,54	4,63	1,50	1,75	1,37	1,68	0,95	1,05
Geral	3,30	4,02	1,65	1,82	2,37	2,52	1,89	1,78

Fonte: Dados ANS, elaborado pelos autores

No que tange aos indicadores de liquidez, foram observados a mesma tendência de crescimento visto para os indicadores de rentabilidade, conforme pode ser visto na Tabela 5, todas as modalidades tiveram aumento médio em 20% no indicador de liquidez (ILC) em 2020 quando comparado ao ano de 2019. O outro indicador analisado foi a liquidez geral (ILG), na qual pode-se observar um aumento médio de 8% (variação de 2019 a 2020) em todas as modalidades, porém as Seguradoras Especializadas em Saúde apresentaram uma redução de 5,8%.

5. Considerações finais

Neste artigo analisou-se, por meio das demonstrações financeiras das operadoras de planos de saúde, indicadores de desempenho das operadoras de planos de saúde no Brasil registradas e autorizadas a operar pela ANS nas modalidades Cooperativa Médica, Autogestão, Medicina de Grupo e Seguradora Especializada. A base de dados contemplou 644 empresas em 2020 e, 650 empresas em 2019, cujos dados são disponibilizados no site da agência reguladora (ANS).

A partir das análises efetuadas, pode-se observar um crescimento significativo das operadoras. O resultado operacional no ano da pandemia do segmento de Saúde Suplementar alcança o montante de R\$ 20,5 Bilhões em 2020, um crescimento de 75,75% quando comparado com o ano anterior de 2019 que foi de R\$ 11,6 Bilhões.

No que tange aos indicadores de liquidez corrente, aumentou de 2,5% em 2019, para 15,5% em 2020, quanto que a liquidez geral também seguiu com crescimento de 3% em 2019 para 5,4% em 2020.

Para a estrutura de capital, foram verificados um crescimento na participação do Capital Próprio de 54,3% no ano de 2020 e, para o ano de 2019 a participação era de 51,9%, apresentando uma variação de 4,41%. Quanto a participação do Capital de Terceiros do mercado de saúde suplementar em 2020 é 45,5%, patamar esse que reduziu 6,18% quando comparado com os anos anteriores (2019 – 48,3%).

Portanto, pode-se concluir que o mercado de saúde suplementar vem obtendo resultados significativos, reduzindo o seu endividamento com a geração de caixa, e que apesar do período de pandemia mundial, o segmento de saúde no Brasil tem se beneficiado por esse momento.

De acordo com especialistas de mercado, uma das razões da obtenção desse resultado encontra-se nas baixas taxas de sinistralidades, que mede a proporção de receita e custo das operadoras. Um dos motivos para redução dessa sinistralidade está atrelada as medidas de segurança impostas pelo Organização Mundial da Saúde (OMS), tais como o isolamento social, criado com intuito de evitar o contágio da doença, fato que colaborou pela redução dos serviços privados de saúde, tais como exames, consultas e outros atendimentos que possuem alto custo agregado a cadeia de serviços.

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2020). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/5348-saude-suplementar-fecha-2019-com-47-milhoes-de-beneficiarios-de-planos-de-saude>.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2020). Coronavírus (Covid-19). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19>.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2019). Conhecimento Científico e Regulação – Contribuições para Saúde Suplementar. Brasil.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2004). Qualificação da Saúde Suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/completo.pdf

ANS, normas e publicações. Disponível em: <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>

ANS, Normas e publicações. Disponível em: <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>.

Antonio, G.L.M. Planos privados individuais de saúde: o consumidor ainda tem poder de escolha? Cadernos IberoAmericanos de Direito Sanitário. Brasília, 2018.

Anuatti-Neto, F; et al. Os efeitos da privatização sobre o desempenho econômico e financeiro das empresas privatizadas. Revista Brasileira de Economia. 2005.

Aragão, A. S., Agências Reguladoras E a Evolução Do Direito Administrativo Econômico. Grupo Gen-Editora Forense, 2013.

Assaf N, A. Estrutura e análise de balanços: um enfoque econômico-financeiro. 9.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Campos, H. A., Falhas de mercado e falhas de governo: uma revisão da literatura sobre regulação econômica. Prismas: Direito, Políticas Públicas e Mundialização (substituída pela Revista de Direito Internacional), 2009.

Dantas, J. A., Zendersky, H. C.; Niyama, J. K. A dualidade entre os benefícios do disclosure e a relutância das organizações em aumentar o grau de evidenciação. Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e pesquisa de Administração, Curitiba-PR, 2004.

Dye, R. A., *An evaluation of "essays on disclosure" and the disclosure literature in accounting*. *Journal of accounting and economics*, 2001.

FGV; Análise da Qualidade Regulatória da Saúde Suplementar No Brasil. 2017.

Gerschman, S., Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. Ciênc. saúde coletiva, 2008.

Healy, P. M.; Wahlen, James M. *A review of the earnings management literature and its implications for standard setting*. *Accounting horizons*, 1999.

Hendriksen, E. S.; Van Breda, M. F.; Teoria da contabilidade. São Paulo: Atlas: 1999.

IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar). Tendências da variação de custos médico-hospitalares: comparativo internacional. *Textos para Discussão n° 69-2018*. (2018). Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/TD69.pdf>

Martinez, A. L., Gerenciamento dos resultados contábeis: estudo empírico das companhias abertas brasileiras. Tese de doutoramento em Ciências Contábeis. FEA-USP: São Paulo, 2001.

Mascarenhas, N.P. Análise de um processo em construção: a regulação da saúde suplementar no Brasil. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

Mourão, T., Os Impactos da Pandemia COVID19 na economia mundial, 2020.

Nunes, T. C.S., Indicadores contábeis como medidas de risco e retorno diferenciados de empresas sustentáveis: um estudo no mercado brasileiro. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) Programa de Pós-Graduação em Contabilidade e Atuária da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Universidade de São Paulo, 2010.

Rodrigues, E. C.. Regulação versus judicialização: o duplo sistema regulatório da saúde suplementar. Dissertação (mestrado) - Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas. 2019.

Santos, T. B. S., & de Matos, P. I. C., Contratualização da gestão hospitalar versus regulação em saúde: agências, controle estatal e avaliação no SUS. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2017.

Sancovschi, M.; Matos, F. F. J.; Gerenciamento de lucros: que pensam administradores, contadores e outros profissionais de empresas no Brasil? Revista de Administração Contemporânea, 2003.

Soares, M. A., Análise de indicadores de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileiras: Uma aplicação da análise fatorial. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) Programa de Pós-Graduação em Contabilidade e Atuária da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Universidade de São Paulo, 2006.

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

Souza, R. M. L., 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, 2014.

Verrecchia, R. E. *Discretionary disclosure. Journal of Accounting and Economics*, 1983.

Santos, I.S.; Santos, M.A.B.; Borges, D.C.L. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro, 2013.

Recebido: 21/06/2022

Aceito: 21/06/2022